

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Bachelorarbeit

Partner und Partnerinnen von Personen mit Multipler Sklerose

Bedürfnisse pflegender Angehöriger im häuslichen Setting

Melanie Frei
Im Buck 7
8476 Unterstammheim
Matrikelnummer S10868073

Departement:	Gesundheit
Institut:	Institut für Pflege
Studienjahr:	PF10b
Eingereicht am:	3. Mai 2013
Betreuende Lehrperson:	Ursula Wiesli

Abstract

Hintergrund: Die Partner und Partnerinnen von an Multiple Sklerose erkrankten Personen spielen in der Betreuung eine wichtige Rolle. Es ist bekannt, dass die Pflege eines geliebten Menschen sehr belastend sein kann. Obwohl pflegende Angehörige vermehrt in die Betreuung einbezogen werden, werden ihre Bedürfnisse oftmals in den Schatten gestellt.

Ziel: Das Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedürfnisse von pflegenden Partnern und Partnerinnen von Personen mit MS zu erfassen und relevante Aspekte für die ambulante Pflege hervorzuheben.

Methode: Die Fragestellung wurde mittels einer systematischen Literaturrecherche in pflegespezifischen Datenbanken bearbeitet. Durch die kritische Auseinandersetzung mit der verwendeten Literatur konnten verschiedene Bedürfnisse ermittelt werden.

Resultate: Anhand der acht verwendeten Hauptstudien wurden sieben Bedürfniskategorien identifiziert. Es zeigte sich, dass hauptsächlich psychologische und soziale Bedürfnisse von Bedeutung sind.

Schlussfolgerungen: Bedürfnisse von Angehörigen unterscheiden sich von Bedürfnissen von Partnern und Partnerinnen. Es zeichnete sich ab, dass ein Unterstützungsbedarf besteht. Bedürfnisse sollten in einem ausführlichen Assessmentgespräch individuell erfasst und evaluiert werden.

Keywords: „Multiple Sclerosis“, „MS“, „caregiver“, „spouse“, „significant others“, „family“, „relatives“, „partner“, „couple“, „relationship“, „partnership“, „needs“, „requirements“, „support“, „assistance“, „help“ (200 Wörter)

Inhaltsverzeichnis

Abstract	1
1. Einleitung	4
1.2. Problemstellung	4
1.3. Relevanz für die Pflegepraxis	5
1.4. Abgrenzungen	5
1.5. Ziel der Arbeit	6
1.6. Fragestellung	6
2. Theoretische Grundlagen	7
2.1. Multiple Sklerose	7
2.1.1. Pathogenese	8
2.1.2. Symptome	8
2.1.3. Verlauf	10
2.2. Ambulante Pflege	11
2.3. Pflegende Angehörige	11
2.4. Ehe, Partnerschaft und MS	11
2.5. Bedürfnisse	13
2.6. Bedürfnispyramide nach Maslow	13
3. Methodik	14
3.1. Literaturrecherche	14
3.2. Literaturbearbeitung	15
3.3. Ein- und Ausschlusskriterien	15
4. Resultate	17
4.1. Gliederung der Resultate	22
4.1.1. Anerkennung und Wertschätzung	22
4.1.2. Bedürfnis nach Informationen	22
4.1.3. Unterstützung und Entlastung	23
4.1.4. Physische Bedürfnisse	24
4.1.5. Zukunftsplanung	25
4.1.6. Selbstverwirklichung	25
4.1.7. Stabile Partnerschaft	26

5. Diskussion	27
5.1. Qualität der Literatur	27
5.2. Kritische Diskussion und Interpretation der Ergebnisse	28
5.3. Rückbezug auf die Bedürfnispyramide nach Maslow	35
5.4. Theorie-Praxis-Transfer	35
6. Schlussfolgerung	39
7. Ausblick	40
Eigenständigkeitserklärung	41
Danksagung	42
Literaturverzeichnis	43
A. Suchstrategie	49
B. Evidenzlevel	50
C. Häusliche-Pflege-Skala	51
D. Literaturanalyse	53

1. Einleitung

In der Schweiz leben 700'000 chronisch kranke Menschen (Bachl, 2009). Rund 10'000 davon sind an Multipler Sklerose erkrankt, das entspricht ungefähr jedem 700. Einwohner (Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 2011).

Multiple Sklerose (MS) ist eine entzündliche Autoimmunerkrankung des Zentralnervensystems (Compston & Coles, 2002). Die Diagnose wird durchschnittlich mit 29,2 Jahren gestellt (WHO, 2008). Die Krankheit betrifft dadurch junge Erwachsene in einem sehr aktiven Alter, in dem Karriere- und Familienplanung im Vordergrund stehen. Kalb (2004, S. 4) beschreibt die MS als „einen ungebetenen Gast, der eines Tages vollbeladen vor der Tür steht und das Haus nie wieder verlässt.“ Der Pflegebedarf der unheilbar erkrankten Personen nimmt mit den Jahren stetig zu. Dies führt oft dazu, dass junge Partner, Partnerinnen und andere Familienmitglieder die pflegerische Aufgabe übernehmen (Miller, 2004).

1.2. Problemstellung

Durch die demografische und epidemiologische Entwicklung der Bevölkerung wird der Anteil an alten und chronisch kranken Personen in Zukunft drastisch ansteigen. Das Gesundheitsobservatorium Schweiz (Obsan) prognostizierte 2009, dass bis zum Jahr 2020 mindestens 13 Prozent mehr Personal im Gesundheitswesen benötigt wird. Es zeigt sich, dass hauptsächlich die Nachfrage nach ambulanter Pflege steigen wird. Obsan rechnet mit bis zu 20 Prozent mehr Spitex-Klienten/-Klientinnen (Ruedin, Wiver, Roth & Widmer, 2009).

Die Gesellschaft ist also mehr denn je auf pflegende Angehörige angewiesen, weil das Gesundheitssystem die steigende Nachfrage nicht decken kann. In schätzungsweise fünf Prozent der Schweizer Haushalte lebt mindestens eine pflegebedürftige, erwachsene Person (Schön-Bühlmann, 2005). Die Unterstützung von Personen mit MS gestaltet sich als langfristig und besonders komplex. Laut Bigler, Egger, Spirig, Kessler-Berther & Glaus Hartmann (2008) beruht dies auf dem individuellen Krankheitsverlauf und den sich verändernden Bedürfnissen der Betroffenen. Die lebenslange Pflege kann bei den Angehörigen zu psychischen und physischen Stress führen (Miller, 2004). Als häufige gesundheitliche Probleme

werden Angst, Müdigkeit und Depressionen beschrieben. Hinzu kommen meist soziale und finanzielle Probleme (Forbes, While & Mathes, 2006).

Pflegende Angehörige führen trotz ihrer Bedeutung auch heute noch ein Schattendasein. Das Thema Angehörigenpflege wird in der Gesellschaft und auch von den Angehörigen selbst weitgehend tabuisiert. Im Zentrum steht der Klient bzw. die Klientin. Den Bedürfnissen der pflegenden Person wird häufig nicht genügend Aufmerksamkeit geschenkt (Bachl, 2009). Viele pflegende Partner und Partnerinnen von MS-Betroffenen berichten über fehlendes Verständnis und mangelnde Empathie der Pflegefachkräfte für ihre individuellen Bedürfnisse (Cheung & Hocking, 2002).

1.3. Relevanz für die Pflegepraxis

Bereits heute zeigt sich, dass pflegende Angehörige eine entscheidende Ressource für das Gesundheitswesen darstellen. Da sie unverzichtbare Arbeit leisten, sind Strategien gefragt, um ihre Lebensqualität zu fördern. Es bedarf verschiedener Anreize, damit die freiwillige Pflege auch in Zukunft gesichert ist.

Der International Council of Nurses (ICN) bezeichnet die Familie als zentralen Fokus der Pflege. Das Einbeziehen der Familienmitglieder ist insbesondere bei chronischen Krankheiten von Bedeutung. Es ist wichtig, dass die Pflegefachkraft den komplexen Zusammenhang zwischen der Gesundheit der Familie und der Gesundheit der individuellen Familienmitglieder versteht (ICN, 2002).

Die Bedarfserhebung bietet dem Fachpersonal eine Grundlage, um mit den Angehörigen Strategien zu entwickeln und das Coping zu fördern (Cheung & Hocking, 2002).

1.4. Abgrenzungen

Die Bachelorarbeit befasst sich hauptsächlich mit der Situation von pflegenden Partnern und Partnerinnen von Personen mit MS, da diese sich in ihrer Rolle und Funktion deutlich von den anderen Familienmitgliedern abheben. Partnerinnen und Partner haben andere und zusätzliche Bedürfnisse als beispielsweise Kinder, Geschwister und Eltern (Corry & While, 2008).

1.5. Ziel der Arbeit

Die Betreuung der Angehörigen ist noch nicht zufriedenstellend, obwohl sie eine unverzichtbare Ressource einerseits für das Wohl der Erkrankten und andererseits für das Gesundheitswesen darstellen. Ziel der Arbeit ist es, die meist genannten Bedürfnisse pflegender Partner und Partnerinnen von Personen mit MS anhand bestehender Literatur aufzuzeigen. Die dadurch gewonnen Erkenntnisse können seitens der ambulanten Pflege genutzt werden, um Partner und Partnerinnen in ihrer schwierigen Situation optimal zu unterstützen.

Aus der Zielsetzung entwickelt sich folgende Fragestellung:

1.6. Fragestellung

Welche Bedürfnisse von Personen, die ihren an MS erkrankten Partner oder ihre Partnerin im häuslichen Setting pflegen, kennt die Literatur?

2. Theoretische Grundlagen

Im folgenden Kapitel werden zum besseren Verständnis das Krankheitsbild und Definitionen genauer erläutert.

2.1. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose- auch als Enzephalomyelitis disseminata bekannt- ist eine bis anhin unheilbare, chronische Erkrankung des zentralen Nervensystems (Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 2011). Heutzutage sind etwa 2.5 Millionen Menschen weltweit betroffen (Compston & Coles, 2002). Die Prävalenz der Erkrankung ist je nach geografischer Lage unterschiedlich. Sie variiert zwischen 0.3 Betroffenen in Afrika und 80 Betroffenen pro 100'000 Einwohnern in Europa. Die Forscher und Forscherinnen vermuten, dass genetische und ökologische Faktoren die Diskrepanz zwischen den Kontinenten beeinflussen (WHO, 2008).

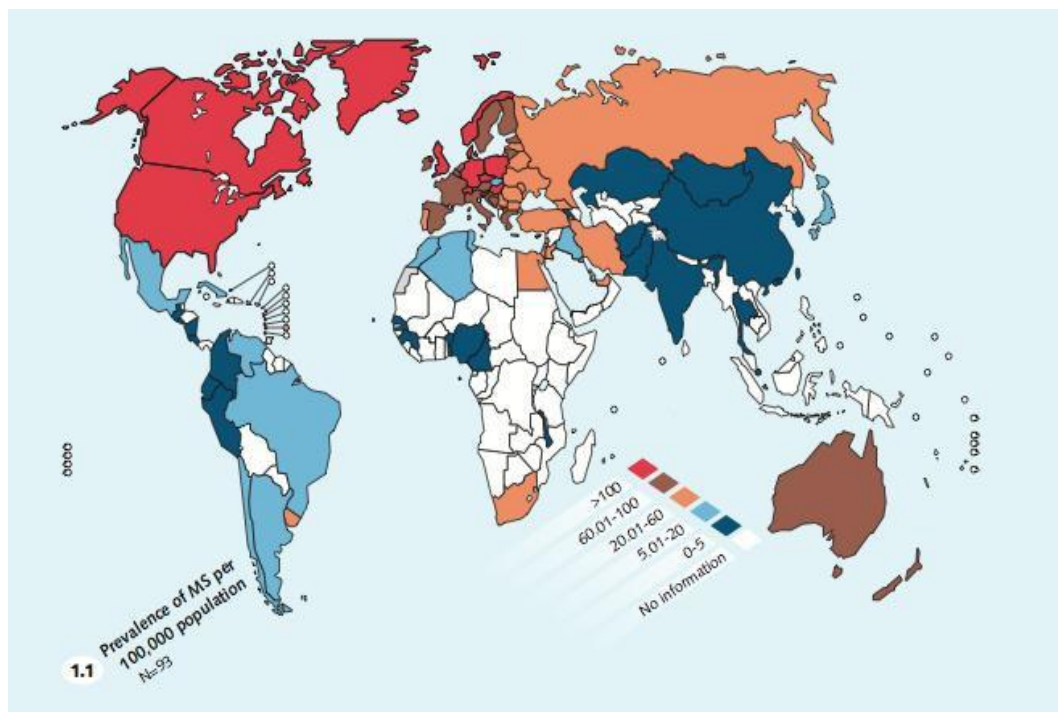


Abbildung 1: Prävalenz der MS (WHO, 2008)

Die Multiple Sklerose tritt meist im jungen Erwachsenenalter zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr erstmals auf (Sadovnick & Ebers, 1993). Die Diagnose betrifft somit

Menschen in einer besonders aktiven Zeitspanne, in der Berufsleben und Familiengründung einen wichtigen Stellenwert haben (WHO, 2008).

Frauen erkranken zweimal so häufig an Multipler Sklerose wie Männer (Compston & Coles, 2002).

2.1.1. Pathogenese

Die genauen Ursachen der Erkrankung sind trotz intensiver Forschung bis heute noch unbekannt (Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 2011). Forscher und Forscherinnen vermuten, dass Menschen mit genetischer Veranlagung auf bestimmte Umweltfaktoren (beispielsweise Viren, Bakterien) reagieren und dadurch einen anormalen Immunabwehrvorgang entwickeln (Playford, 2012).

Fakt ist, dass die Krankheit als Folge von zwei Prozessen entsteht:

Das körpereigene Immunsystem greift irrtümlicherweise körpereigene Strukturen an und baut diese ab. T-Zellen, die normalerweise für die Abwehr zuständig sind, durchdringen aus noch ungeklärten Gründen die Blut-Hirn-Schranke und treten in das Gehirngewebe und Rückenmark ein. Es entstehen lokale Entzündungsherde und die Myelinschicht, die Isolierschicht der Nervenfasern, wird beschädigt. Durch die Demyelinisierung und Schädigung von Nervenfasern- und -zellen wird die Signalleitung der Nerven gestört und teilweise unterbrochen, was unterschiedliche Symptome auslösen kann (Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 2011).

2.1.2. Symptome

Die Symptome sind abhängig von der Lage und dem Ausmass der Beschädigungen im Zentralnervensystem. Dadurch erlebt jede/r Betroffene andere Ausprägungen der Krankheit, dessen Verlauf auch in Dauer und Schweregrad variieren kann (Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 2011).

In Tabelle 1 sind zur besseren Übersicht die häufigsten Symptome nach Hauser & Goodin (2005) ersichtlich.

Sensibilit�tst�rungen	<ul style="list-style-type: none"> • Par�thesien • Dys�thesien • Hyp�thesien
Motorische Probleme	<ul style="list-style-type: none"> • Kraftverlust • Verlust der Feinmotorik • Gangst�rungen • Spastik
Fatigue	<ul style="list-style-type: none"> • Generalisiertes Schw�chegef�hl, Tr�gheit • Verminderte Konzentrationsf�higkeit • Massives Ersch�pfungsgef�hl
Sehst�rungen	<ul style="list-style-type: none"> • Optikusneuritis • Diplopie
Ataxie	<ul style="list-style-type: none"> • Zerebell�rer Tremor • Dysarthrie
Blasen-/ Mastdarmst�rungen	<ul style="list-style-type: none"> • Blasendysfunktionen • Inkontinenz • H�ufiger Harndrang, Nykturie • Harnretention, pathologisches Restharnvolumen • Harnwegsinfekte • Obstipation, Stuhlinkontinenz
Kognitive Dysfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Ged�chtnis-/ Konzentrationsverlust • Verlangsamte Informationsverarbeitung • Depression
Sexuelle Dysfunktionen	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemein: verminderte Empfindungen, Abnahme der Libido • M�nner: Impotenz, Errektions-/ Ejakulationsst�rungen • Frauen: eingeschr�nkte vaginale Schleimsekretion, verminderte Orgasmusf�higkeit

Tabelle 1: Häufigste Symptome der Multiplen Sklerose nach Hauser & Goodin (2005)

Als weitere häufige Symptome beschreiben Hauser & Goodin (2005) Schwindel und Fazialispareesen. Hitzeintoleranz bedingt durch eine erhöhte Körperkerntemperatur kann das Auftreten von Symptomen begünstigen. Oftmals verstärken sich die Symptome bei einer fieberhaften Erkrankung massiv.

2.1.3. Verlauf

Multiple Sklerose ist trotz bedeutenden Fortschritten in der Behandlung nach wie vor nicht heilbar. Erkrankte Personen haben jedoch keine niedrigere Lebenserwartung als Nicht-Betroffene (Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 2011).

Die möglichen Verlaufsformen von MS sind sehr vielseitig. Laut Compston & Coles (2002) hat die Erkrankung bei einem Viertel der Betroffenen einen sehr milden Verlauf ohne jeglichen Einfluss auf die Aktivitäten des täglichen Lebens, wohingegen rund 15 Prozent mit schwersten Behinderungen in kürzester Zeit rechnen müssen. Um die verschiedenen Ausprägungen besser unterscheiden zu können, wurden vier verschiedene Krankheitsverläufe der Multiplen Sklerose definiert (Lublin & Goldsmith Dickinson, 2009):

- **Rezidivierend-remittierend (auch schubförmig-remittierend) (RRMS):**
Die RRMS zeichnet sich aus durch das Auftreten eindeutiger Krankheitsschübe mit vollständiger oder unvollständiger Remission. In den Zeiträumen zwischen den Schüben bleibt der Patient/ die Patientin stabil.
- **Primär chronisch progredient (PPMS):** Der Primär chronisch progrediente Verlauf wird durch eine kontinuierliche Verschlechterung charakterisiert. Der/ die Betroffene erlebt keine eindeutigen Schübe.
- **Sekundär chronisch progredient (SPMS):** Die Erkrankung verläuft zuerst rezidivierend-remittierend, verschlechtert sich dann aber kontinuierlich. Die Betroffenen erhalten aufgrund des anfänglichen klinischen Bildes meist die Diagnose RRMS, bis sich dann eine kontinuierliche Verschlechterung einstellt.
- **Progressiv-remittierend (auch progredient-schubförmig) (PRMS):**
Dieser Verlauf zeichnet sich durch eine von Beginn an progressive Verschlechterung aus. Es treten eindeutige Schübe mit oder ohne vollständige Remission auf. Auch in den schubfreien Zeiten verschlechtert sich der Gesundheitszustand stetig.

*Schub= eine mindestens 24 Stunden andauernde Verschlimmerung des Gesundheitszustands. Ein Schub kennzeichnet das Auftreten von neuen Symptomen oder das Wiederkehren alter Symptome, meist einhergehend mit einer teilweisen oder vollständigen Remission (Lublin & Goldsmith Dickinson, 2009).

2.2. Ambulante Pflege

Duden (2007) übersetzt den Begriff ambulant mit „nicht an eine Krankenhausaufnahme gebunden“. Die ambulante Pflege ermöglicht im Gegensatz zum stationären Aufenthalt Pflege und Beratung von Fachpersonal im häuslichen Umfeld. Sie unterstützt Pflegebedürftige und Angehörige zu Hause und bietet Grund- und Behandlungspflege an. Diese Dienstleistung wird in der Schweiz von der Spitex (=spitaleextern) angeboten. Die Spitexleistungen machen einen wesentlichen Teil des gesamtschweizerischen Gesundheits- und Sozialwesens aus. Im Jahr 2010 betreute die Spitex knapp 3,3 Prozent der Bevölkerung (BFS, 2011).

2.3. Pflegende Angehörige

Es gibt in der Wissenschaft keine allgemeingültige Definition für den Begriff „Pflegende Angehörige“. Oftmals wird aber das Synonym „Laienpflege“ verwendet (Lanzicher, 2007). Darunter versteht man laut dem deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) die Betreuung von Pflegebedürftigen ohne berufliche Qualifikation. Die Laienpflege umfasst unentgeltliche Familien-, Nachbarschafts- und Verwandtschaftspflege (DBfK, 2009). In der Schweiz wird auch häufig der Begriff „unbezahlte Pflegeleistungen“ verwendet (Schön-Bühlman, 2005). Die Pflegearbeit ist abhängig von den Einschränkungen und Behinderungen der gepflegten Person, umfasst jedoch alle Aufgaben von Betreuung bis hin zu Hilfeleistungen bei Körperpflege und Ausscheidungen (Lanzicher, 2007).

2.4. Ehe, Partnerschaft und MS

In der Literatur lassen sich keine verlässlichen Angaben finden, wie häufig die Pflege von Menschen mit MS von ihren Partnern und Partnerinnen übernommen wird. Es besteht aber eindeutig eine hohe Pflegebereitschaft zwischen Eheleuten (Mattern, 2001). Als die drei häufigsten Gründe für die Übernahme der Pflege werden die Beziehung („we always support each other“), Akzeptanz („I accept the

unchangeable“) und Pflicht genannt („It is my role to lessen the burden“) (Pakenham, 2007). Laut Buchanan, Radin, Chakravorty & Tyry (2008) investiert beinahe die Hälfte der Betreuer und Betreuerinnen mehr als 20 Stunden pro Woche in die Pflege der Person mit MS. Eine chronische Erkrankung in der Familie gilt als Risikofaktor für die Angehörigen, der mit steigender Krankheitsausprägung zunimmt (Mattern, 2001). Als häufigste gesundheitliche Probleme pflegender Angehöriger beschreiben Forbes et al. (2006) Angst, Müdigkeit und Depressionen. Sexual- und Beziehungsprobleme wurden ebenfalls als ernsthaft bezeichnet. Gemäss Holland, Schneider, Rapp & Kalb (2011) fühlen sich viele pflegende Partner und Partnerinnen überlastet und erschöpft. Sie wünschen sich weniger soziale Isolation und mehr Unterstützung durch die ambulante Pflege.

Ehebeziehungen mit einer chronisch kranken Person gelten als besonders problematisch und gefährdet. Dies ergibt sich laut Mattern (2001) hauptsächlich aus der krankheitsbedingten Belastung. Der Gesundheitszustand der erkrankten Person beeinflusst die Pflegetätigkeiten, die Belastung und die Gesundheit der pflegenden Person wesentlich (Forbes et al., 2006). Ein progressiver Verlauf der MS mit akut auftauchenden Symptomen hat einen negativen Einfluss auf die Paarbeziehung (Starks, Morris, Yorkston, Gray & Johnson, 2009).

Zukunftspläne werden als unnötiger Stressfaktor bezeichnet, weshalb viele Paare gegenwartsbezogen leben (Boland, Levack, Hudson & Bell, 2011).

Die Ausübung der Pflegetätigkeit kann aber auch mit einem Gewinn für die Partnerschaft einhergehen. In Beziehungen zwischen Personen mit MS und ihren Partnern bzw. Partnerinnen findet im Vergleich zu anderen Paaren eine häufigere und vertrautere Kommunikation statt. Zudem werden eine starke emotionale Bindung und Offenheit als stabilisierende Elemente für die Beziehung genannt. Viele stellen sich auf die Einschränkungen durch die Erkrankung ein und passen sich an. Mehr als die Hälfte der pflegenden Partner und Partnerinnen können sich auch eine glückliche Liebesbeziehung ohne Sexualität vorstellen (Mattern, 2001). Laut Boland et al. (2011) beeinflusst die Beziehung des Paares die Behandlung durch das Gesundheitsfachpersonals wesentlich.

2.5. Bedürfnisse

Der Begriff Bedürfnis wird als Verlangen oder Wunsch einen Mangel zu beheben definiert. Ein Bedürfnis drückt aus, was ein Individuum zur seiner Erhaltung und Entfaltung braucht (Häcker & Stapf, 2004).

2.6. Bedürfnispyramide nach Maslow

Die meisten pflegerischen Bedürfnismodelle sind auf der Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow aufgebaut (Schewior-Popp, Sitzmann & Ullrich, 2009).

Die Theorie liegt der Annahme zugrunde, dass jeder Mensch Bedürfnisse der tieferen Ebenen zuerst befriedigen muss, bevor er die nächste Ebene erreichen kann. Anhand dieser Erkenntnis ordnete Maslow die Bedürfnisse hierarchisch an. Auf der untersten Ebene befinden sich die physiologischen Bedürfnisse (Zimbardo & Gerrig, 2004). Sie beinhaltet Bedürfnisse, die der Körper selbst reguliert, wie beispielsweise Hunger, Durst und Atmung. Die nächste Stufe bilden Sicherheitsbedürfnisse, die je nach Person und Umgebung sehr unterschiedlich sein können. Danach folgen die Zugehörigkeits- und Liebesbedürfnisse und Bedürfnisse nach sozialer Einbindung und Wertschätzung (Poston, 2009). Erreicht ein Individuum die Spitze der Pyramide, so wurden alle vorhergehenden Bedürfnisse befriedigt. Diese Personen streben nach Selbstverwirklichung, der vollen Entfaltung ihres gesamten Potentials (Zimbardo & Gerrig, 2004).



Abbildung 2: Bedürfnispyramide (George & George, 2003)

3. Methodik

Im Kapitel Methodik wird das genaue Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung erläutert.

3.1. Literaturrecherche

Die Fragestellung wurde anhand einer kritischen Literaturrecherche bearbeitet, welche im Zeitraum von September 2012 bis Januar 2013 stattfand. Dabei wurden die pflegerelevanten Datenbanken Medline/Pubmed, CINAHL, Cochrane Library und PsycInfo in die Suche miteinbezogen. Um die Fragestellung zu beantworten, wurden Keywords formuliert. Daraus ergaben sich die folgenden Begriffe, welche in Tabelle 2 ersichtlich sind.

Multiple Sklerose	Multiple Sclerosis, MS
Pflegende Angehörige	caregiver, spouse, significant others, family, relatives, partner, couple, relationship, partnership,
Bedürfnisse	needs, requirements,
Unterstützung	support, assistance, help

Tabelle 2: Übersicht Keywords

Die dargestellten Keywords wurden mit den Booleschen Operatoren AND und OR kombiniert. Um die Suche möglichst ausführlich abzudecken, wurden Trunkierungen verwendet. Als besonders erfolgreich stellte sich die Suche in der Medline-Datenbank heraus. Die Recherche in den anderen Datenbanken offenbarte viele Überschneidungen von bereits gefundenen Studien.

Die ausführliche Dokumentation der Literaturrecherche und der Ergebnisse ist in tabellarischer Form im Anhang zu finden.

Bei einer genaueren Betrachtung der Literaturverzeichnisse der relevanten Studien ergaben sich weitere interessante Artikel, die ebenfalls die Kriterien erfüllten und somit miteinbezogen wurden. Zusätzlich wurde das Schneeballsystem verwendet, wobei anhand ausgewählter Studien „related articles“ ausfindig gemacht werden konnten.

3.2. Literaturbearbeitung

Die gefundene Literatur wurde anhand Titel, Abstract und Diskussion geprüft, ob sie mit der Forschungsfrage korreliert.

Dadurch wurden 16 Studien als geeignet erachtet und später ausführlich bearbeitet. Sechs der 16 Studien erfüllten bei genauerer Überprüfung die Einschlusskriterien nicht oder stimmten nicht mit der Forschungsfrage überein. Zwei weitere wurden aus anderen Gründen ausgeschlossen, welche im nächsten Kapitel erläutert werden.

Dies führte schliesslich zu einer Auswahl von acht Artikeln zur Beantwortung der Forschungsfrage. Im nächsten Schritt wurden die Resultate zusammengefasst. Die Ergebnisse wurden dann anhand der Studienbeurteilungs-Matrix von Naef (2008) aus dem Modul Pflegeforschung analysiert. Um die Evidenz der Studien beurteilen zu können, wurden die Evidenzlevel von Stetler et al. (1998, in LoBiondo et al., 2005) verwendet. Die Beurteilungsmatrizen und die Stufen der Evidenz sind im Anhang zu finden.

3.3. Ein- und Ausschlusskriterien

Die Literatursuche wurde auf die Sprachen Deutsch und Englisch limitiert. Dabei konzentrierte sich die Recherche ausschliesslich auf Studien, in denen das Krankheitsbild Multiple Sklerose einbezogen wurde. Bedingung war, dass die Betroffenen hauptsächlich im häuslichen Setting gepflegt werden.

Eingegrenzt wurde die Suche auf die Jahre 1993 bis 2013, um einen Überblick über die Situation der Angehörigen der vergangenen zwanzig Jahre zu haben. Die Probanden und Probandinnen sollten mindestens das 18. Lebensjahr erreicht haben und eine feste Beziehung führen. Miteinbezogen wurden auch Studien, welche die Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen thematisieren, unter der Bedingung, dass es sich bei mindestens 80 Prozent der Angehörigen um Partner und Partnerinnen handelt. Ausgeschlossen wurden nach genauerer Prüfung folgende Studien, welche die Einschlusskriterien erfüllt hätten:

Akkus Y. (2010): Multiple Sclerosis patient caregivers: the relationship between their psychological needs and burden levels.

Die Studie wurde mit 49 Probanden und Probandinnen in der Türkei durchgeführt.

Akkus (2010) betont die mangelhafte Gesundheitsversorgung und das fehlende Wissen über MS in seinem Land. In der Türkei führt die Diagnose der Ehefrau meist zur Scheidung, da sie durch die Erkrankung ihre Pflichten innerhalb der Familie nicht mehr erfüllen kann. Aus den genannten gesundheitspolitischen und gesellschaftlichen Gründen kann die Studie nicht mit der Situation in der Schweiz verglichen werden und wurde zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgeschlossen.

Holland N. J, Schneider D. M., Rapp R. & Kalb R.C. (2011): Meeting the Needs of People with Primary Progressive Multiple Sclerosis, Their Families, and the Health-Care Community.

Die PPMS-Verlaufsform betrifft nur zwischen 10-15 Prozent der Patienten und Patientinnen. Sie zeichnet sich durch einen besonders progressiven Krankheitsverlauf und ausgeprägte Symptome aus, der sich deutlich von den anderen Verlaufsformen abhebt. (Holland et al., 2011). Zudem widmet die Studie den Bedürfnissen von Angehörigen nur einen kleineren Abschnitt. Die genannten Gründe führten zu einem Ausschluss der Studie.

4. Resultate

In Tabelle 3 erfolgt eine übersichtliche Darstellung der verwendeten Hauptstudien:

Studie, Land	Ziel	Stichprobengrösse, Anteil Partner/innen*	Outcome
Benbow C.-L. & Koopman W. J. (2003). Clinic-Based Needs Assessment of Individuals with Multiple Sclerosis and Significant Others : Implications for Program-Planning-Psychological Needs. Kanada	Identifikation der psychologischen und psychosozialen Bedürfnisse von MS-Betroffenen und ihren Angehörigen	Personen mit MS: N=353 Angehörige: N=240 nicht erwähnt	Psychologische Bedürfnisse sind wichtiger als andere für Betroffene und Angehörige. Allgemeine psychologische Bedürfnisse: Unterstützung, Kontrolle beibehalten, produktiv sein, Aufmerksamkeit, Bestätigung/Ermunterung. Interessierte und unterstützende Ärzte, wahrgenommene Sorgen Angehörige gewichten die folgenden Bedürfnisse mehr als Betroffene: Unterstützung und Schulung der Kinder, Zukunftsplanung und Hilfe von Freunden

<p>Boeije H. R., Duijnstee M. S. H. & Grypdonck M. H. F. (2002). Continuation of caregiving among partners who give total care to spouses with Multiple Sclerosis.</p> <p>Belgien, Holland</p>	<p>Erforschung der Gründe, welche die Betroffene und ihre Partner und Partnerinnen dazu bringt, den Einsatz, der die Pflege verlangt, aufzubauen und zu erhalten</p>	<p>N=34 (17 Paare)</p> <p>100%</p>	<p>Identifikation von 3 Hauptthemen, welche die Aufrechterhaltung der Pflege fördern: die Unabwendbarkeit der Krankheit, geteiltes Leid und das Ziel, den Eintritt in ein Pflegeheim zu vermeiden.</p> <p>Pflege wird als Lernprozess bezeichnet, gekennzeichnet durch den ständigen Austausch zwischen den Partnern.</p> <p>Pflegefachpersonen→ Konzentration auf adäquate Unterstützung/Entlastung, Interaktionen in der Partnerschaft und die Krankheitsphase</p>
<p>Cheung J. & Hocking P. (2002). Caring as worrying: the experience of spousal carers.</p> <p>Australien</p>	<p>Erforschung der Erfahrungen von pflegenden Partnern und Partnerinnen, um eine Basis für eine bessere Unterstützung zu schaffen</p>	<p>N=10</p> <p>100%</p>	<p>Identifikation von 5 Hauptthemen: Eheleute sorgen sich um:</p> <ul style="list-style-type: none"> -den Zustand des Partners bzw. der Partnerin -um ihre Beziehung -um die eigene Gesundheit -eine mögliche stationäre Aufnahme -die Unterstützung des Gesundheitswesens

<p>Egger B., Müller M., Bigler S. & Spirig R. (2012). Bedürfnisse von Menschen, die an Multipler Sklerose leiden: Die Perspektiven von erkrankten Personen und ihren nächsten Angehörigen in der deutschsprachigen Schweiz.</p> <p>Schweiz</p>	<p>Erfassung krankheits- und therapiebedingter Bedürfnisse von an MS erkrankten Personen und ihren Angehörigen & Zusammenhang zwischen Alter, Schweregrad der Erkrankung, sozialem Status und den Bedürfnissen</p>	<p>Personen mit MS: N= 878 Angehörige: N= 615</p> <p>92.5%</p>	<p>Am häufigsten genannte Bedürfnisse: -Beratung zum Umgang mit kognitiven Einschränkungen/ Fatigue -Informationen zu neuen Forschungsergebnissen, alternativen Heilmethoden, besserer Rollstuhlgängigkeit</p> <p>Es gibt einen Zusammenhang zwischen Ängstlichkeit, Gesundheitszustand, Lebensqualität und ungenügender Beratung zum Umgang mit Fatigue/kognitiven Einschränkungen</p>
<p>Fleming Courts N., Newton A. N. & McNeal L. J. (2005). Husbands and Wives Living with Multiple Sclerosis.</p> <p>Nicht erwähnt, vermutlich USA</p>	<p>Darstellung der Lebenssituationen von Ehefrauen und Ehemännern von an Multiple Sklerose erkrankten Personen</p>	<p>N=12</p> <p>100%</p>	<p>Identifikation von 4 Hauptthemen: Rollen der pflegenden Angehörigen, Informationsbedürfnisse, Beziehungsveränderungen, Grenzen</p> <p>Bedürfnisse: Informationen über MS (Behandlung/Medikation) und komplementäre Therapien, öffentliche Sensibilisierung, unterstützende/zuhörende Personen</p>

<p>Gregory J. R., Disler P. & Firth S. (1996). Caregivers of People with Multiple Sclerosis: A Survey in New Zealand.</p> <p>Neuseeland</p>	<p>Sammlung von Informationen über die Rollen, Tätigkeiten und Lebenssituationen von pflegenden Angehörigen</p>	<p>N=31</p> <p>97%</p>	<p>Angehörige berichten über ungenügenden Zugang zu Informationen, allgemeine Ängste/ Zukunftsängste, zu viel Verantwortung, gesellschaftliche Probleme (fehlendes Verständnis, Beistand und finanzielle Unterstützung), sind aber im Allgemeinen zufrieden mit der häuslichen Pflege</p> <p>Empfohlen werden Unterstützung/Beratung, Entlastungsangebote, ausführliche Assessments.</p>
<p>O'Brien M. T. (1993). Stressors and Coping Strategies in Spousal Caregivers.</p> <p>USA</p>	<p>-Darstellung der Stressoren und Copingstrategien der pflegenden Angehörigen von MS-Betroffenen</p> <p>- Zusammenhang zwischen Stress/ Copingverhalten</p>	<p>N=20</p> <p>100%</p>	<p>Meist genannte Stressoren: zeitliche Überschneidungen, Verhalten des Partners/ der Partnerin, Einschränkungen, finanzielle und physische Belastung, Veränderungen (Zukunftspläne/ Beziehung), persönliche Anpassungen.</p> <p>Copingstrategien sind mehrheitlich problemfokussiert.</p>

<p>Sato A., Ricks K. & Watkins S. (1996). Needs of Caregivers of Clients with Multiple Sclerosis.</p> <p>USA</p>	<p>Identifikation der Bedürfnisse der pflegenden Personen von Betroffenen mit MS</p>	<p>N=21</p> <p>nicht erwähnt</p>	<p>Identifikation von vier Hauptkategorien: physiologische Bedürfnisse, Selbstkonzept, Rollenfunktion und gegenseitige Abhängigkeit.</p> <p>Bedürfnisse: Ruhe/Erholung, Hilfe im Haushalt, finanzielle Unterstützung und mehr sozialen Kontakt.</p> <p>Mehr als die Hälfte der Angehörigen ist auf Andere (Familie, Freunde, Kirche) angewiesen. Keine der Angehörigen bekommt Hilfe von der Gemeinde.</p>
---	--	----------------------------------	--

Tabelle 3: Zusammenfassung der Hauptstudien

*Der Anteil der Partner/innen bezieht sich auf den prozentualen Anteil der Angehörigen, die in einer Partnerschaft leben.

4.1. Gliederung der Resultate

Zur besseren Übersicht wurden die Resultate in Unterthemen gegliedert und passende Titel formuliert. Die Reihenfolge der Unterthemen erfolgte zufällig und hat keinen Einfluss auf die Relevanz der Aussagen.

4.1.1. Anerkennung und Wertschätzung

Viele pflegende Partner und Partnerinnen wünschen sich mehr Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit für die Erkrankung und ihre Pflegetätigkeit. Laut Benbow & Koopman (2003) empfinden sie Ermunterung, Bestätigung und Unterstützung von anderen Personen als sehr wichtig. Das Bedürfnis nach vermehrten sozialen Kontakten wird in der Studie von Sato et al. (1996) beschrieben. Viele fühlen sich durch ihre Pflegetätigkeit isoliert (Gregory et al., 1996).

Fleming Courts et al. (2005) berichten über das fehlende Verständnis des Umfelds und der Gesellschaft für die Erkrankung. Als Grund werden die oftmals unsichtbaren Symptome genannt, die den Leuten den Eindruck vermitteln, die Betroffenen seien gesund. Zudem seien öffentliche Orte häufig nicht behindertengerecht eingerichtet, was für die Eheleute mit viel Stress und Ärger verbunden ist. Aus der Studie von Gregory et al. (1996) wird deutlich, dass sich die Hälfte der Angehörigen von der Gesellschaft ungerecht behandelt fühlt. Rund ein Viertel wünscht sich mehr Aufmerksamkeit für ihre Situation sowie Wertschätzung und Verständnis für die Pflegeleistung. Pflegefachpersonen sollen sich den Problemen der pflegenden Angehörigen bewusst sein, diese verstehen und sowohl Einzelpersonen als auch die Familie beraten (Gregory et al., 1996). Fleming Courts et al. (2005) schlagen vor, dass Pflegefachpersonen Schulungen über MS für Freunde und die Öffentlichkeit anbieten. Zudem sollen Informationen über die Symptome veröffentlicht werden, um die Gesellschaft zu sensibilisieren.

4.1.2. Bedürfnis nach Informationen

In der Studie von Fleming Courts et al. (2005) wird der Wunsch nach Informationen über das Krankheitsbild allgemein und Unterstützungsmöglichkeiten geäußert. Verdeutlicht wird dies durch die Aussage eines Probanden, der die Suche nach

verlässlichen Informationsquellen als schwierig bezeichnet. Gregory et al. (1996) beschreiben den Zugang zu Informationen und ihre Verfügbarkeit als nicht ausreichend.

Laut Egger et al. (2012) haben sich die Angehörigen bereits genügend Wissen über das Krankheitsbild angeeignet. Als häufigstes ungedecktes Bedürfnis beschreiben sie Informationen zu alternativen Behandlungsmethoden. Diese Aussage deckt sich mit derjenigen von Flemming Courts et al. (2005). Gemäss den Autorinnen fühlen sich viele Personen aufgrund der fehlenden Informationen unsicher, obwohl sie gerne alternative oder ergänzende Therapien anwenden würden.

Da solche Methoden oftmals nicht evidenzbasiert sind, empfehlen Egger et al. (2012) in dieser Hinsicht vermehrte Information und Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten, um die Betroffenen und Angehörigen in der Entscheidungsfindung zu unterstützen. Pflegefachpersonen sollen ihre einzigartige Position nutzen und den Betroffenen in ihr Wissen über alternative Methoden vermitteln (Flemming Courts et al., 2005). Egger et al. (2012) beschreiben ausserdem den Wunsch nach Informationen über neue Forschungsergebnisse und bessere Rollstuhlgängigkeit in öffentlichen Gebäuden.

Angehörige haben im Gegensatz zu den Erkrankten vermehrt das Bedürfnis, die Kinder über die Krankheit zu schulen und zu unterstützen (Benbow & Koopman, 2003).

4.1.3. Unterstützung und Entlastung

In der Studie von Egger et al. (2012) zeigt sich, dass die Belastung durch die Pfl egetätigkeit von einem grossen Teil als mittel bis hoch empfunden. Viele fühlen sich vom Ausmass der körperlichen Defizite ihres Partners bzw. ihrer Partnerin überwältigt (O'Brien, 1993). Gemäss Boeije et al. (2002) können sich die Angehörigen trotz Zufriedenheit mit der häuslichen Pflege nicht vorstellen, dass ihre Pfl egetätigkeit als Eheleute ganz ersetzt werden könnte. Viele fühlen sich durch die Ehe verpflichtet die Pflege zu leisten und sehen keine Alternativen.

In der Studie von Fleming Courts et al. (2005) zeichnet sich bei den Ehefrauen ein unermessliches Bedürfnis nach Unterstützung ab. Sie bezeichnen die Krankheit als dritte Person in der Ehe. Die meisten sehnen sich nach jemanden, der ihnen zuhört, auf die Bedürfnisse eingeht und bei der Bewältigung hilft.

Sowohl Cheung & Hocking (2002) als auch Boeije et al. (2002) beschreiben das Anliegen der Angehörigen, die Aufnahme ihres Partners bzw. ihrer Partnerin in ein Pflegeheim zu verhindern. Einige berichten über negative Erfahrungen mit dem Pflegepersonal und befürchten, dass ihr Partner bzw. ihre Partnerin dort kein Verständnis, Empathie und Respekt wiederfahren würde. Die Angehörigen äussern den Wunsch nach Dienstleistungen, die eigens auf die Bedürfnisse von Personen mit MS zugeschnitten sind. Viele ärgern sich über den Papierkrieg und die langen Wartezeiten beim Beantragen von Geld, häuslicher Hilfe und Materialien (Cheung & Hocking, 2002). Von besonderer Bedeutung ist für die Angehörigen, dass sich das Gesundheitspersonal sich für die Betroffenen und sie interessiert. (Benbow & Koopman, 2003). Laut Cheung & Hocking (2002) sollte die Entlastung durch das Pflegefachpersonal flexibel und verantwortungsvoll gestaltet werden. Das Bedürfnis nach finanzieller Unterstützung wird in den Studien von Gregory et al. (1996), O'Brien (1993) und Sato et al. (1996) aufgegriffen. Als Gründe für die Geldsorgen wurden die Kosten für Dienstleistungen (Ärzte, Therapeuten, Pflegenden), Medikamente und spezielle Ausrüstungen genannt (O'Brien, 1993).

4.1.4. Physische Bedürfnisse

Gemäss Cheung & Hocking (2002) sorgen sich viele Partner und Partnerinnen nebst der Gesundheit des/der Betroffenen um die eigene Gesundheit. Dabei steht für sie hauptsächlich die Auswirkung auf die pflegerische Tätigkeit im Vordergrund. Sie befürchten, dass die gewohnte Durchführung aufgrund des fortschreitenden Alters und der zunehmenden Erschöpfung eines Tages nicht mehr möglich sein könnte. Diese Bedenken werden von älteren Angehörigen häufiger geäussert als von jüngeren (Gregory et al., 1996).

Egger et al. (2012) konnten einen Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand, Ängstlichkeit und Lebensqualität mit ungenügender Beratung zum Umgang mit kognitiven Einschränkungen und Fatigue nachweisen. In der Studie von O'Brien (1993) betrachten 70 Prozent die körperliche Belastung als Stressfaktor. 45 Prozent berichten, dass sie selten durchschlafen können. Als häufigster Grund wurde die Unterstützung beim Toilettengang genannt.

Laut Sato et al. (1996) sind die meisten der physischen Bedürfnisse der Angehörigen gedeckt. Die Mehrheit der Probanden und Probandinnen kam subjektiv zu genug

Schlaf und regelmässiger Bewegung. Als bedeutendste physische Bedürfnisse wurden Ruhe und Entspannung identifiziert. Pflegefachpersonen müssen sich der physischen Bedürfnisse von pflegenden Angehörigen stets bewusst sein (Sato et al., 2006). Ihre Gesundheit sollte sorgfältig geprüft werden (Gregory et al., 1996).

4.1.5. Zukunftsplanung

In der Studie von Benbow & Koopman (2003) wird ersichtlich, dass die Zukunftsplanung für rund 78 Prozent der Angehörigen ein bedeutendes Bedürfnis ist. Gemäss O'Brien (1993) führt der fortschreitende, unkontrollierbare Verlauf der MS und die unsichere Zukunft zu Gefühlen der Hilflosigkeit und Angst.

Pflegende Angehörige leben oft von Tag zu Tag, da sie nicht wissen was kommt und sich manchmal schon von der Gegenwart überfordert fühlen (Boeije et al., 2002).

Laut der Studie von Cheung & Hocking (2002) berichten die Eheleute, dass sie sich sehr oft um das Wohlergehen ihres Partners bzw. ihrer Partnerin sorgen. Es beschäftigt sie, mit welcher Einschränkung die geliebte Person als nächstes konfrontiert wird und was dies für einen Einfluss auf ihr eigenes Leben hat. Die Sorgen nehmen parallel zu der fortschreitenden Verschlechterung des Gesundheitszustands des/der Betroffenen zu (Cheung & Hocking, 2002). Eine weitere Belastung ist für die Angehörigen die anschliessende Gesundheitsversorgung ihres Partners bzw. ihrer Partnerin, wenn sie selbst nicht mehr in der Lage sind, die Pflege zu übernehmen (Gregory et al., 1996).

Für 65 Prozent der Eheleute sind zudem kurzfristige Planänderungen ein Stressfaktor. Eingeschlossen sind dabei das Absagen von Urlauben und Ausflügen und Anpassungen im Tagesablauf aufgrund des Gesundheitszustands der Person mit MS (O'Brien, 1993). Familienaktivitäten erfordern eine sorgfältige Planung und Vorbereitung, da viele öffentliche Plätze, Hotels und Restaurants nicht behindertengerecht eingerichtet sind (Egger et al., 2012).

4.1.6. Selbstverwirklichung

Gemäss Benbow & Koopman (2003) sind für pflegende Angehörige die Bedürfnisse „produktiv sein“ und „die Kontrolle über das Leben zu erhalten“ sehr wichtig.

In der Studie von Boeije et al. (2002) beschreiben sie den Pflegeprozess als einen Übergang vom eigenen Leben zu einem Leben, welches sich um den Partner oder

die Partnerin dreht. Den meisten wird erst im Rückblick bewusst, wie viel sie für die Pflege aufgegeben haben. Mit der Zunahme der Einschränkungen der betroffenen Person geben die Eheleute mehr und mehr ihrer Aktivitäten auf. Beispielsweise mussten einige ihr Arbeitspensum reduzieren oder den Beruf kündigen, um für ihren Partner oder ihre Partnerin sorgen zu können. Die Pflege wird mit der Zeit zum Mittelpunkt ihres Lebens, die Pflegenden werden im Laufe des Prozesses mit diversen Verlusten im Privatleben konfrontiert. In der Studie von Fleming Courts et al. (2005) beschreibt eine Frau, dass sie sich fühlt, als wäre sie selbst an Multipler Sklerose erkrankt. Laut O'Brien (1993) gehören emotionale, familiäre und berufliche Anpassungen zu den meist genannten Stressoren.

4.1.7. Stabile Partnerschaft

Viele Betroffene verändern ~~sich~~ im Verlauf der Erkrankung auch ihr Verhalten, werden beispielsweise fordernd und egozentrisch. Die meisten Partner und Partnerinnen erkennen, dass es sich hierbei möglicherweise um Symptome der Erkrankung handeln könnte. Trotzdem bereiten ihnen die möglichen Auswirkungen auf die Beziehung Sorgen. Einige haben bereits mit dem Gedanken an Scheidung gespielt (Cheung & Hocking, 2002). Laut Fleming Courts et al. (2005) löst die Erkrankung Streit und Uneinigkeiten in Ehen aus, die vorher harmonisch verliefen. Drei Viertel der Angehörigen bestätigt, dass die kognitiven Einschränkungen der erkrankten Person einen Effekt auf die Ehe, die Familie und die sozialen Interaktionen haben. Fleming Courts et al. (2005) erwähnt Auswirkungen der sexuellen Dysfunktionen als Symptom auf die Partnerschaft. Viele Angehörige fühlen sich auf die Rolle als Pflegende reduziert (O'Brien, 1993). Boeije et al. (2002) beschreiben die pflegerische Beziehung als einen Lernprozess. Mit den Jahren lernen beide Parteien mit den physischen und mentalen Anforderungen umzugehen. Als Motivation werden Liebe, ethische Aspekte und Verpflichtung genannt. Wichtig ist, wie viel Platz die Einschränkungen und die Pflege in der Beziehung einnehmen. Laut Boeije et al. (2002) hat dies einen Einfluss darauf, ob die Partner und Partnerinnen die Krankheit gut oder nur schwer bewältigen können. Laut Fleming Courts et al. (2005) brauchen Betroffene und pflegende Angehörige eine Möglichkeit, um sich mit den persönlichen Problemen auseinanderzusetzen.

5. Diskussion

Im Diskussionsteil werden die wichtigsten Ergebnisse aus den Hauptstudien interpretiert, kritisch diskutiert und mit der Theorie in Beziehung gesetzt.

5.1. Qualität der Literatur

Für die Beantwortung der Forschungsfrage wurde sowohl qualitative als auch quantitative Literatur genutzt, da sich beide Designs zur Beantwortung der Fragestellung eignen. Einige Studien weisen diverse methodologische Schwächen auf. Diese beinhalten zu klein gewählte Stichproben, fehlende Randomisierung und fehlende Beschreibung der Datenanalyse und des gewählten Designs. Die Beurteilung der Evidenz nach Stetler et al. (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005) ergab für alle Studien ein Level von IV. Das Ergebnis ist jedoch nicht gleichbedeutend mit schlechter Evidenz: Effektivitätsstudien werden aufgrund ihrer Beweiskraft in Evidenzhierarchien mehr gewichtet als qualitative Studien (Mayer, 2007). In der Pflege sind aber auch qualitative Fragestellungen wichtig, um eine gute Betreuung zu gewährleisten (Mayer, 2007). Da die Fragestellung der Bachelorarbeit keine experimentellen oder quasi-experimentellen Studien vorsieht, konnte kein höherer Evidenzlevel erreicht werden.

Behrens & Langer (2006, S. 27) definieren Evidence-based Nursing wie folgt: „Evidence-based Nursing ist die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im individuellen Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionellen Pflegenden.“ Jede pflegerische Entscheidung wird idealerweise von der Expertise der Pflegefachperson, den Vorstellungen des bzw. der Pflegebedürftigen, den Umweltbedingungen und den Resultaten aus der Pflegeforschung geprägt (Behrens & Langer, 2006).

Es gestaltete sich als schwierig, Literatur zu finden, welche ausschliesslich pflegende Partner und Partnerinnen einbezieht. Die meisten Studien wählen die Population pflegende Angehörige und differenzieren nicht zwischen Partner/innen, Eltern und Kinder. Vier der verwendeten Hauptstudien konzentrieren sich ausschliesslich auf Partner und Partnerinnen, zwei ziehen auch andere pflegende Angehörige bei und zwei erwähnen die Rolle der Angehörigen nicht explizit. Der Anteil an Partner und

Partnerinnen betrug bei allen verwendeten Studien mindestens 80 Prozent. Somit lässt sich behaupten, dass die Kernaussagen dieser Population in den Vordergrund rücken.

In keiner der verwendeten Studien wurde der Einfluss der verschiedenen Krankheitsverlaufsformen diskutiert, obwohl diese einen wesentlichen Einfluss auf die Partnerschaft haben können (Starks et al., 2009 & Forbes et al, 2006).

5.2. Kritische Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Aus den Resultaten geht hervor, dass die Erkrankung ihres Partners bzw. ihrer Partnerin einen wesentlichen Einfluss auf das Leben der pflegenden Angehörigen hat. Die Bedürfnisse sind breit gefächert und siedeln sich auf körperlicher, geist~~ig~~licher und sozialer Ebene an. Es wird ersichtlich, dass für die pflegenden Partner und Partnerinnen hauptsächlich psychische und soziale Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Jeweils drei der sieben beschriebenen Bedürfnisse lassen sich diesen Konzepten zuteilen.

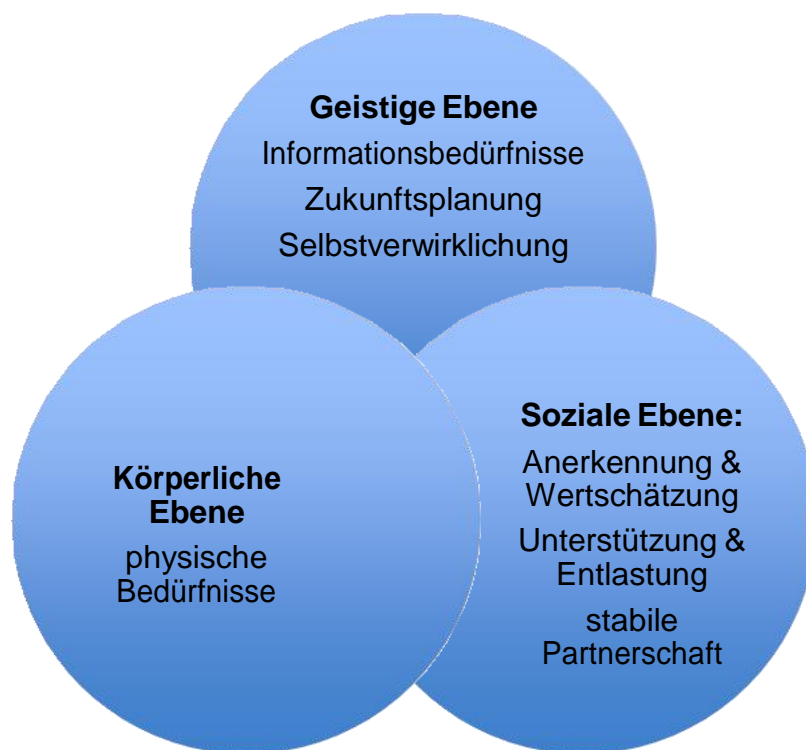


Abbildung 3: Ebenen der Bedürfnisse

Psychische Bedürfnisse

Ein hervorstechendes Bedürfnis ist das Bedürfnis nach Informationen, welches gleich in mehreren Studien beschrieben wird. Hierbei stehen sich die Aussagen von Fleming Courts et al. (2005) und Egger et al. (2012) in einem Punkt gegenüber. Gemäss Fleming Courts et al. (2005) wünschen sich die Pflegenden allgemeine Informationen über das Krankheitsbild. Dieses Bedürfnis ist laut Egger et al. (2012) bereits gedeckt. Eine mögliche Erklärung sind die unterschiedlichen Durchführungsorte (Schweiz – USA) und der zeitliche Abstand der Studenerhebung von sieben Jahren. Die Aussagen von Egger et al. (2012) sind aufgrund ihrer Aktualität, der Durchführung in der Schweiz und der Stichprobengrösse für die Beantwortung der Fragestellung mehr zu gewichten. Trotzdem verdeutlicht die Divergenz der zwei Studien die zentrale Aufgabe des Pflegefachpersonals das Informationsbedürfnis individuell zu erfassen. Das Bedürfnis nach Informationen über bessere Rollstuhlgängigkeit und neuste Forschungsergebnisse zeigt, dass die Lebensqualität der Personen mit MS für die Angehörigen sehr wichtig ist. Auf die Ausführung und Eigenschaften der Informationen wird in den Studien nicht genauer eingegangen. Da die Qualität der Informationen im Zeitalter des Internets nicht immer gewährleistet ist, sollte die Evidenz laut Wright & Leahey (2005) überprüft werden. Die Informationen sollten durch die Pflegefachperson entsprechend dem Bildungsniveau der Klienten und Klientinnen gewählt und übermittelt werden.

Aus den Resultaten sticht zudem hervor, dass sich viele pflegende Angehörige Informationen über alternative Behandlungsmethoden wünschen (Flemming Courts et al., 2005 & Egger et al., 2012). Die fehlende Evidenz der alternativen Methoden wird in beiden Studien thematisiert. Egger et al. (2012) empfehlen dem Pflegefachpersonal, die Angehörigen zwar über die aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu informieren, ihnen jedoch die Entscheidung selbst zu überlassen und nur eine unterstützende und beratende Funktion einzunehmen.

Die Fähigkeit, wissenschaftliche Literatur zu bearbeiten und zu interpretieren, sowie evidenzbasierte Methoden für die Praxis abzuleiten, erfordert eine höhere Pflegeausbildung mit Einführung in die Pflegeforschung. Egger et al. (2012) empfiehlt den Einsatz von Personal mit vertieften Kenntnissen (beispielsweise

Pflegespezialisten für MS) in der Betreuung von Personen mit MS und ihren Angehörigen. Dies entspricht aber in der ambulanten Pflege noch lange nicht der Realität: Nur 0.2% des gesamten Spitexpersonals hatten im Jahr 2010 einen Fachhochschulabschluss, dies entspricht gerade einmal 82 Personen von 36'409 (BFS, 2010). Obwohl anzunehmen ist, dass diese Zahl in den nächsten Jahren ansteigen wird, ist dies noch lange nicht ausreichend, um den Bedarf zu decken. Benbow & Koopman (2003) sind die einzigen Autorinnen, welche Kinder in der Partnerschaft erwähnt. Der Einfluss von Kindern auf die Partnerschaft sollte noch weiter erforscht werden. Dieser Aspekt wurde aufgrund fehlender Literatur nicht in die Arbeit miteinbezogen.

Ein weiteres Bedürfnis, welches dem Konzept zugeordnet werden kann, ist die Zukunftsplanung. Vier der acht verwendeten Hauptstudien thematisieren dieses Anliegen. Laut Benbow & Koopman (2003) ist die Zukunftsplanung für fast alle Angehörigen ein bedeutendes Bedürfnis. Trotzdem scheinen sie Gedanken an die Zukunft zu vermeiden und leben von Tag zu Tag (Boeije et al., 2002). Diese Gegensätzlichkeit lässt sich durch Angst und Überforderung erklären, die auf den unvorhersehbaren Verlauf der Erkrankung beruht (O'Brien, 1993 & Boeije et al., 2002). Was passiert mit meinem Partner, was mit mir? Das breite Spektrum der verschiedenen Möglichkeiten und Auswirkungen auf die Akteure erklärt die gegenwartsbezogene Lebensweise der Paare. Es wird deutlich, weshalb die Zukunftsplanung auch als unnötiger Stressfaktor bezeichnet wird (Boland et al., 2011). Dies scheint sowohl die nahe als auch die ferne Zukunft zu betreffen. Die verwendeten Hauptstudien sind sich nicht einig, wie Pflegefachpersonen bezüglich dieser Thematik handeln sollten. Soll das gegenwartsbezogene Verhalten akzeptiert werden, um Stress zu vermeiden? Oder ist es besser dieses Risiko einzugehen und das Paar auf mögliche Szenarien vorzubereiten? Gregory et al. (1996) bezeichnen die Konzentration der Paare auf die Gegenwart als Copingstrategie, die das Pflegepersonal tolerieren sollte. Boeije et al. (2002) hingegen betonen, dass das Bedürfnis in der Anfangsphase stärker ausgeprägt ist als nach Jahren der Pflege Tätigkeit.

Und was ist mit mir? Aus den Resultaten wird ersichtlich, dass die Übernahme der Pflege einer nahestehenden Person mit diversen Verlusten einhergeht, die der vollen Entfaltung der eigenen Persönlichkeit im Wege stehen (Boeije et al., 2002 & Fleming Courts, 2005). Boeije et al. (2002) bezeichnen die Zeitspanne, in der Pflegetätigkeit ihr maximales Ausmass erreicht hat, als „the total care phase“. Die Pflege wird zum Mittelpunkt des Lebens der Angehörigen. Die Verluste sind bedingt durch emotionale, familiäre und berufliche Anpassungen (O'Brien, 1993). Die Resultate bestätigen, dass Angehörige ihre Bedürfnisse oft hinter die Bedürfnisse ihres Partners bzw. ihrer Partnerin stellen (Gibbens, 2007). Der Wunsch nach Kontrolle (Benbow & Koopman, 2003) drückt aus, dass sich die pflegenden Angehörigen dagegen wehren, dass die Erkrankung auch ihr ganzes Leben einnimmt. Sie scheinen sich nach mehr Selbstbestimmung zu sehnen.

Soziale Bedürfnisse

Unterstützung und Entlastung wird gleich in sechs der acht verwendeten Hauptstudien thematisiert und verdeutlicht die Wichtigkeit dieses Bedürfnisses. Laut Buchanan et al. (2008) bringt beinahe die Hälfte der Angehörigen mehr als 20 Stunden wöchentlich für die Pflegetätigkeit auf. Kumuliert man andere Pflichten, wie beispielsweise Ausübung des Berufs, Kinderbetreuung und Haushaltstätigkeiten, wird schnell ersichtlich, weshalb die Belastungswerte von pflegenden Angehörigen laut Egger et al. (2012) mittel bis hoch sind. Zur Einschätzung der Belastung eignet sich die von Egger et al. (2012) verwendete Häusliche-Pflege-Skala (HPS), welche im Anhang zu finden ist. Die HPS ist ein Messinstrument zur Erfassung der subjektiven Belastung von pflegenden Angehörigen im häuslichen Setting (Hasemann, 2004). Ebenso wichtig ist aber die subjektive Wahrnehmung der Pflegefachperson um die Belastungssituation einzuschätzen.

Aus den Resultaten geht hervor, dass sich eine bedarfsgerechte Entlastung sehr komplex gestaltet. Einerseits zeichnet sich ein immenser Unterstützungsbedarf ab (Fleming Courts et al., 2005), andererseits scheinen die Angehörigen Mühe zu haben, Hilfe anzunehmen (Boeije et al., 2002).

Laut Pakenham (2007) haben Personen unterschiedliche Beweggründe, um die Pflege ihres Partners bzw. ihrer Partnerin zu übernehmen. Pflichtgefühle, religiöse-

spirituelle Einstellungen und die Pflege als Lebensaufgabe könnten dazu führen, dass Unterstützung in belastenden Situationen abgelehnt wird. Dies spiegelt sich in der Studie von Boeije et al. (2002), in der sich eine grosse Anzahl durch die Ehe verpflichtet fühlt, die erkrankte Person zu pflegen.

Zudem sehen sich viele Angehörige als „Experten“ in der Pflege des geliebten Menschen, da sie meist über Jahre in diese Rolle hineingewachsen sind. Da niemand ihren Partner bzw. ihre Partnerin und die spezifischen Symptome und Verhaltensweisen so gut kennt wie sie, erscheint ihnen die Hilfeleistung durch die professionelle Pflege oft als nicht genügend (Bischofberger, 2007).

Cheung & Hocking (2002) fordern eine flexible, verantwortungsvolle und individuell gestaltete Entlastung durch das Pflegefachpersonal. Allerdings sind der ambulanten Pflege Grenzen gesetzt – die Spitex pflegte im Jahr 2010 mehr als 352 000 Personen (BFS, 2010). Dies erfordert eine professionelle Planung der Arbeitseinsätze, die oft wenig Raum für Flexibilität lässt.

Laut Cheung & Hocking (2002) und Boeije et al. (2002) ist es ein Anliegen der pflegenden Angehörigen, die Aufnahme in ein Pflegeheim zu verhindern. In der Schweiz bietet die MS Gesellschaft zahlreiche andere Möglichkeiten an, welche die Angehörigen entlasten, wie Wohnungen und Wohngemeinschaften mit Assistenzdiensten, Residenzen, Pflegeheime für jüngere Behinderte und Ferienlager für MS-Betroffene (Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft, 2011).

Pflegefachpersonen sollten sich sorgfältig über Alternativen zu Pflegeheimen informieren und mit den Angehörigen gegebenenfalls das Gespräch suchen.

Zur psychischen Entlastung werden Selbsthilfegruppen empfohlen (Fleming Courts et al., 2005 & O'Brien, 1993). Gemäss George & George (2003) können Gruppengespräche auch zur sozialen Einbindung beitragen.

Ein ebenso wichtiges Bedürfnis für die Partner und Partnerinnen ist die Anerkennung der Gesellschaft. Zusammengefasst wünschen sie sich mehr Aufmerksamkeit, Verständnis und Wertschätzung. Das besagte Bedürfnis wird gleichzeitig in den Studien von Benbow & Koopman (2003), Fleming Courts et al. (2005) und Gregory et al. (1996) beschrieben. Die Resultate illustrieren das vielfach beschriebene Schattendasein der pflegenden Angehörigen aus der Sicht der Betroffenen (Bachl,

2009). Zudem fürchten sich pflegende Angehörige vor sozialer Isolation und wünschen sich mehr Kontakte zur Aussenwelt (Gregory et al., 1996 & Sato et al., 1996). George & George (2003, S. 31) betonen die Bedeutung der sozialen Beziehungen. „Je umfassender die soziale Unterstützung, desto geschützter ist der Mensch.“ Als Faktoren der sozialen Unterstützung beschreiben sie sechs Komponenten, die zur Entlastung von Angehörigen beitragen:

- Emotionale Anteilnahme
- Bestätigung von Gefühlen und Werthaltungen
- Ausdruck von Gefühlen und Werthaltungen
- Leistung instrumenteller und materieller Hilfe
- Versorgung mit Informationen
- Soziales Feedback

Sowohl Gregory et al (1996) als auch Fleming Courts et al. (2005) empfehlen eine Schulung oder Beratung des sozialen Netzwerks der Angehörigen. Eine Integration der sechs Komponenten nach George & George (2003) liefert dem Umfeld praktische Handlungsempfehlungen zur Unterstützung der Angehörigen und trägt zur Befriedigung ihrer sozialen Bedürfnisse bei.

Fleming Courts et al. (2005) schlagen vor, die Öffentlichkeit mittels Informationen über die Symptome der MS aufzuklären um sie zu sensibilisieren. In der Schweiz ist die MS Gesellschaft sehr präsent und trägt viel dazu bei, die Bevölkerung auf die Erkrankung aufmerksam zu machen. Dies ändert jedoch nichts an der Tatsache, dass die meisten Symptome, wie beispielsweise Sehstörungen oder Fatigue, für Laien nur schwer erkennbar sind. Der Schwerpunkt sollte also vielmehr darin liegen, Betroffene und Angehörige darin zu bestärken, auf die Krankheit aufmerksam zu machen.

Das Bedürfnis, welches die Partner und Partnerinnen von anderen Angehörigen klar abgrenzt, ist das Bedürfnis nach einer stabilen Beziehung. Sie unterscheiden sich in emotionaler Hinsicht von den anderen Angehörigen (Corry & While, 2008). Die wenig ausführlichen Resultate verdeutlichen die Dringlichkeit weiterer Forschung.

Die Auswirkungen der Erkrankung auf die Partnerschaft werden hauptsächlich als negativ beschrieben, welche zu Streit und sogar Scheidung führen (Cheung & Hocking, 2002 & Fleming Courts et al., 2005). Als Auslöser für die Beziehungskrisen erwähnen Fleming Courts et al. (2005) Symptome der Erkrankung, wie kognitive Einschränkungen und sexuelle Dysfunktionen. Auch Forbes et al. (2006) beschreiben Sexual- und Beziehungsprobleme. Die Ergebnisse illustrieren die Aussage von Mattern (2011), dass die Problematik in den Ehebeziehungen hauptsächlich auf der krankheitsbedingten Belastung beruht. Sie widersprechen aber der Annahme, dass sich die Hälfte eine Beziehung ohne Sexualität vorstellen könnte.

Physische Bedürfnisse

Körperliche Bedürfnisse werden im Gegensatz zu den psychischen Bedürfnissen in den Hauptstudien nur selten thematisiert. Dies widerspricht sich der Aussage, dass der Gesundheitszustand des Betroffenen den Gesundheitszustand der pflegenden Person wesentlich beeinflussen kann (Forbes et al., 2006). Auch O'Brien (1993) beschreibt, dass die körperliche Belastung für mehr als zwei Drittel der pflegenden Angehörigen ein Stressfaktor darstellt. Die unterschiedlichen Resultate könnten der Tatsache zugrunde liegen, dass die Studien nicht zwischen den verschiedenen Ausprägungen der Krankheit unterscheiden.

Interessanterweise sorgen sich zwar viele Partner und Partnerinnen um die eigene Gesundheit, dabei ist für sie aber hauptsächlich die Auswirkung auf die Pflegetätigkeit im Mittelpunkt (Cheung & Hocking, 2002). Die Einstellung könnte dazu führen, dass gesundheitliche Probleme so lange wie möglich missachtet werden, um die Versorgung der erkrankten Person nicht zu gefährden.

Am häufigsten berichten die Probanden und Probandinnen über zu wenig Ruhe und Entspannung. Das Pflegefachpersonal sollte diese Probleme ernst nehmen, da sie zu Erschöpfung, Burnout und Depressionen führen können (Miller, 2004).

5.3. Rückbezug auf die Bedürfnispyramide nach Maslow

Bezieht man die Resultate aus der Literatur auf die Bedürfnishierarchie nach Maslow, so wird ersichtlich, dass die Grundbedürfnisse weitgehend abgedeckt sind. Einzig die Erholung bezeichnen die Angehörigen als noch nicht ausreichend. Bei den Sicherheitsbedürfnissen lassen sich hingegen bereits einige Defizite erkennen. Diese scheinen mit steigendem Pflegebedarf des Angehörigen zuzunehmen. Betroffen sind dabei hauptsächlich die berufliche und finanzielle Sicherheit. Die sozialen Bedürfnisse weisen ebenfalls Lücken auf. Freundschaften und Gruppenzugehörigkeit sind durch die Pfl egetätigkeit eindeutig eingeschränkt. Liebe erleben die meisten pflegenden Angehörigen zwar in ihrer Partnerschaft, die Erkrankung kann aber dazu führen, dass die Beziehung an Intimität verliert. Anerkennung und Wertschätzung werden von den Angehörigen als häufiges, unbefriedigtes Bedürfnis genannt. Die Stufe der Selbstverwirklichung zu erreichen, erscheint für die pflegenden Angehörigen fast unmöglich. Das würde erfordern, dass alle anderen Bedürfnisse befriedigt sind, wohingegen die Übernahme der Pflege mit diversen Einschränkungen einhergeht.

Die Bedürfnispyramide nach Maslow deckt die meisten Bedürfnisse der pflegenden Angehörigen. Spezifische Bedürfnisse, wie Informations- und Unterstützungsbedürfnisse sind hingegen nur schwer einzuordnen. Die Bedürfnispyramide kann Pflegefachpersonen als Unterstützung dienen, Bedürfnisse zu erfassen und anhand ihrer Priorität hierarchisch einzuordnen. So würde es beispielsweise wenig Sinn machen, das Bedürfnis nach Selbstverwirklichung anzustreben, bevor soziale Bedürfnisse befriedigt sind. Um eine vollständige Bedürfniserhebung zu gewährleisten, sind aber individuelle Gespräche unabdingbar.

5.4. Theorie-Praxis-Transfer

Das Angebot der ambulanten Pflege sollte sich vermehrt auf die Angehörigenbetreuung ausrichten. Die Autorin empfiehlt die Einbindung der Angehörigen in den Pflegeprozess, um den Ablauf zu strukturieren. Der Pflegeprozess ist ein systematisches Problemlösungsverfahren, welches auf wissenschaftlichen Grundlagen beruht (Brobst et al., 2007).

Der Pflegeprozess ermöglicht dem Pflegefachpersonal eine lückenlose Betreuung der Angehörigen. Es muss aber darauf geachtet werden, die Autonomie der Partner und Partnerinnen zu bewahren. Sie sollten nicht das Gefühl haben, dass sie selbst auch als kranke Person betrachtet werden.

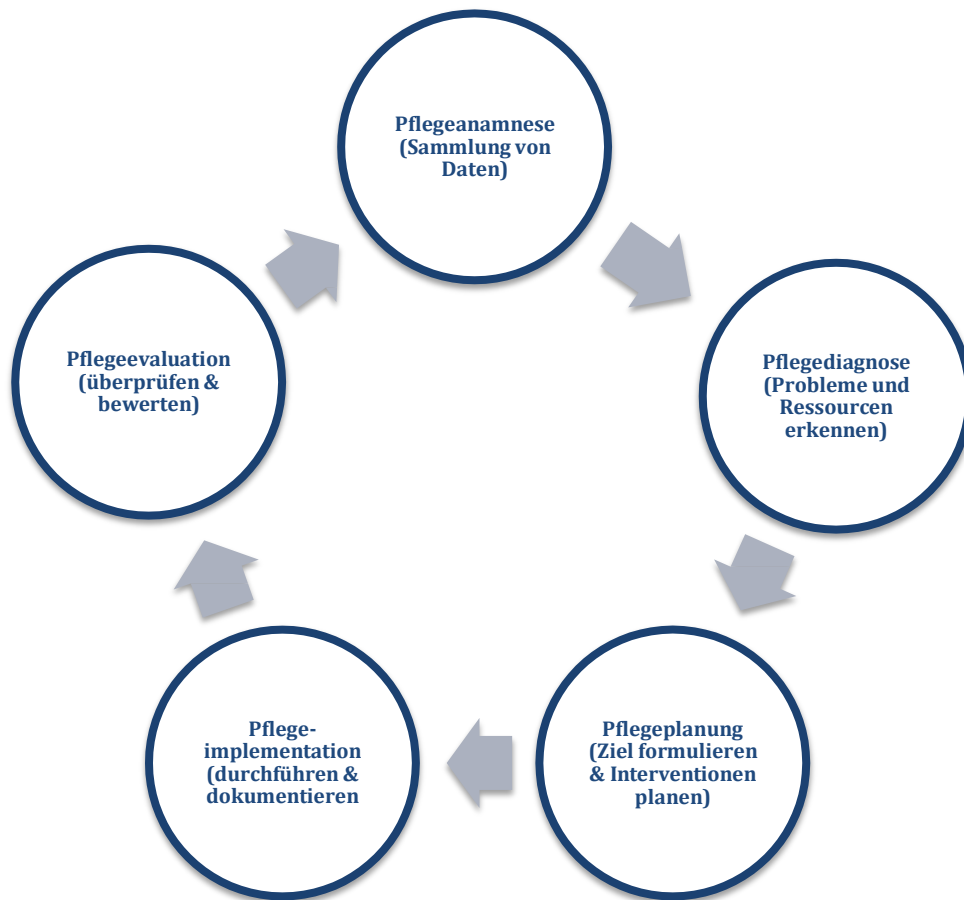


Abbildung 4: Pflegeprozess nach Brobst et al. (2007)

Aus den Studien kristallisierte sich heraus, dass das **Assessment** ein entscheidender Faktor in der Bedarfserhebung Angehöriger ist. Es sollte individuell und unabhängig von der pflegenden Person durchgeführt werden. Die Pflegefachperson muss dazu genügend Zeit einplanen und für eine ungestörte Umgebung sorgen. Wichtig ist, dass die Pflegefachperson neben dem Gesagten auch ihre Wahrnehmung miteinbezieht. Es könnte sein, dass sich pflegende Angehörige aus diversen Gründen nicht zugeben möchten, dass sie sich überlastet fühlen. Idealerweise sollen solche Gespräche in regelmässigen Abständen stattfinden. Auch andere Umstände können dazu beitragen, dass eine erneute

Besprechung notwendig wird, wie beispielsweise eine massive Verschlechterung des Gesundheitszustands der Person mit MS. Wünschenswert wäre, dass die Gespräche jeweils von der gleichen Pflegefachperson erfasst werden. Einerseits trägt dies zum Beziehungsaufbau bei, andererseits ermöglicht es der Pflegefachperson einen Vergleich zu den vorherigen Gesprächen. In die Anamnese kann bei Bedarf auch eine körperliche Untersuchung miteinbezogen werden. In den Hauptstudien dominieren zwar psychische Bedürfnisse, laut Sato et al. (1996) sollten sich Pflegefachpersonen den physischen Bedürfnissen von pflegenden Angehörigen trotzdem stets bewusst sein.

Die **Pflegediagnose** bildet die Grundlage für weitere pflegerische Handlungen. Sie fördert die Kontinuität der Pflege erheblich, da sich jede Pflegefachperson über Probleme und Bedürfnisse des pflegenden Partners bzw. der pflegenden Partnerin informieren kann (Brobst et al., 2007). NANDA-I (2010) entwickelte eigens Pflegediagnosen für pflegende Angehörige: „Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson“ (S. 224) und „Gefahr einer Rollenüberlastung der pflegenden Bezugsperson“ (S. 227). Aber auch frei formulierte Pflegediagnosen sind möglich, wichtig ist, dass sie klar und verständlich dokumentiert werden.

Bei der **Pflegeplanung** werden Pflegeziele entwickelt und Interventionen benannt. Sie sollten zusammen mit der pflegenden Person realistisch und präzise ausformuliert werden (Brobst et al., 2007). Die Autorin empfiehlt die Anwendung der Bedürfnishierarchie nach Maslow, um die Prioritäten bei mehreren Pflegeproblemen zu bestimmen. Die gesamte Planung sollte schriftlich festgehalten werden und für alle beteiligten Fachpersonen zugänglich sein.

Im vierten Schritt wird die Planung **umgesetzt** und dokumentiert. Die **Evaluation** beurteilt schliesslich das pflegerische Handeln. Es wird unter anderem überprüft, ob die Befunde des Assessments noch zutreffen, wie die Person auf die Interventionen reagierte und wo Verbesserungsmöglichkeiten bestehen (ebd.). Die Autorin sieht die Evaluation als weiteren wichtigen Faktor in der Betreuung von Angehörigen, da die Bedürfnisse sich laufend verändern können. Die Pflegefachperson sollte sich bewusst sein, dass die Belastung für Angehörige mit zunehmendem Verlauf der Erkrankung zunimmt.

Es zeigte sich über alle Studien, dass die Bedürfnisse nach Informationen, Unterstützung und Entlastung und Anerkennung und Wertschätzung dominieren. In der Tabelle erfolgt eine Darstellung von praxisbezogenen Empfehlungen aus den Hauptstudien sowie Ergänzungen der Autorin.

Intervention	Empfehlungen der Literatur	Empfehlungen der Autorin:
Information	<ul style="list-style-type: none"> • Workshops, Beratungsgespräche (Cheung & Hocking, 2002) • Informationen über alternative Methoden (Egger et al., 2012) • Informationen sollten über gesamten Krankheitsverlauf zur Verfügung stehen (Fleming Courts et al., 2005) • Schulung und Beratung in physischer Pflege (O'Brien, 1993) 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Pflegefachperson sollte über genügend Wissen über die Krankheit verfügen • Anpassung der Informationen an individuelles Bildungsniveau • Abgabe schriftlicher Unterlagen nebst mündlichen Informationen • Kontrolle, ob die Informationen vom Gegenüber verstanden wurden
Unterstützung/ Entlastung	<ul style="list-style-type: none"> • Selbsthilfegruppen (Fleming Courts et al., 2005 & O'Brien, 1993) • Stressmanagementgruppen (O'Brien, 1993) • Flexible und verantwortungsvolle Entlastung (Cheung & Hocking, 2002) • Informationen über professionelle Pflege zur Beseitigung von Vorurteilen (Boeije et al., 2002) • Den Angehörigen das Gefühl geben, dass ihnen die Pflege nicht weggenommen wird (Boeije et al., 2002) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Erfassung der Belastung • Über alternative Entlastungsangebote informieren • Häufige Rücksprache mit den Angehörigen über Zufriedenheit mit der Unterstützung
Anerkennung/ Wertschätzung	<ul style="list-style-type: none"> • Verständnis entgegenbringen (Gregory et al., 1996) • Schulungen für Freunde und Öffentlichkeit anbieten (Fleming Courts et al., 2005) • Arrangierung eines Treffens mit Familien und Freunden (Fleming Courts et al., 2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Empathisch und wertschätzend handeln • Öfters ein Lob aussprechen • Sich regelmässig nach dem Befinden der Angehörigen erkunden

Tabelle 4: Empfehlungen

6. Schlussfolgerung

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich bei den pflegenden Angehörigen von Personen mit MS ein immenser Unterstützungsbedarf abzeichnet. Die Bedürfnisse und ihre Gewichtung sind aber so individuell wie die Personen selbst. Anhand der Literatur wurden sieben Bedürfniskategorien identifiziert.

Es zeigte sich, dass für pflegende Partner und Partnerinnen hauptsächlich psychische und soziale Bedürfnisse im Vordergrund stehen.

Als besonders relevante Bedürfnisse können Informationsbedürfnisse, Unterstützung und Entlastung sowie Anerkennung und Wertschätzung genannt werden. Da die Bedürfnisse eng mit dem Verlauf der Erkrankung verbunden sind, verändern sie sich häufig parallel zum Gesundheitszustand der Person mit MS.

Obwohl sich die Bedürfnisse von pflegenden Partnern und Partnerinnen mit den Bedürfnissen von anderen pflegenden Angehörigen grundsätzlich vergleichen lassen, unterscheiden sie sich in einigen Punkten wesentlich. Ihre starke emotionale Bindung wird durch den Einfluss der chronischen Erkrankung besonders belastet. Dies spiegelt sich in der vorliegenden Bachelorarbeit vor allem im Bedürfnis nach einer stabilen Partnerschaft. Es bedarf noch weiterer Forschung, welche die Bedürfnisse von pflegenden Partnerinnen und Partnern von Personen mit MS untersucht. Viele Studien differenzieren nicht zwischen Partner bzw. Partnerinnen und anderen Angehörigen. Hier sollte noch weiter geforscht werden, um die Unterschiede zu klären. Interessant wäre zudem eine Studie über den Einfluss der verschiedenen Krankheitsausprägungen und von Kindern in der Partnerschaft auf die Bedürfnisse der Angehörigen.

Der Praxis wird empfohlen, die Angehörigen nicht nur in die Pflege zu integrieren, sondern sie gegebenenfalls auch in den Pflegeprozess miteinzubeziehen.

Idealerweise sollten die Belastung und Bedürfnisse der Partner und Partnerinnen im Rahmen des Pflegeprozesses in einem individuellen Assessment erfasst werden.

Eine ebenso wichtige Rolle nimmt die regelmässige Evaluation der Befunde ein, da sich die Bedürfnisse laufend verändern können

7. Ausblick

Da der Anteil an chronisch kranken und pflegebedürftigen Menschen in Zukunft zunehmen wird und sich ein Mangel an Pflegepersonal zeigt, sind neue Lösungsansätze für die Spitex gefragt.

Die Autorin ist im Rahmen ihrer Literaturrecherche mehrfach auf das Modell „Case Management“ gestossen, welches sie kurz vorstellen möchte. Unter Case Management versteht man das Steuern von Fallverläufen mit hoher Komplexität. (Nagel, Inauen & Holenstein, 2012). Die Methode verfolgt das Ziel der Schnittstellenkoordination im Gesundheits-, Sozial- und Versicherungswesen (Bischofberger, 2007). Durch Organisation und Koordination des Versorgungsbedarfs im Rahmen eines angehörigen-orientierten Case Managements können pflegende Personen entlastet werden. Noch ist das Modell in der Schweiz wenig entwickelt. (Bischofberger, 2010). Die Autorin sieht hier aber grosses Potential für die Spitex, sich mit den steigenden Ansprüchen zu arrangieren. *(7421 Wörter)*

Eigenständigkeitserklärung

«Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig, ohne Mithilfe Dritter und unter Benutzung der angegebenen Quellen verfasst habe.»

Unterstammheim, Mai 2013

Unterschrift Studierende _____

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei allen Personen bedanken, die mich beim Schreiben dieser Arbeit unterschützt und beraten haben. Ein besonderer Dank gilt meiner Betreuungsperson Ursula Wiesli für ihre wertvolle und offene Begleitung. Meinen Studienkolleginnen danke ich für die anregenden Diskussionen und motivierende Gespräche während des Schreibprozesses. Ein besonderer Dank gebührt meiner Familie, meinen Freunden und meinem Freund für die emotionale und praktische Unterstützung während dieser Zeit.

Literaturverzeichnis

- Akkus Y. (2010). Multiple Sclerosis patient caregivers: the relationship between their their psychological and social needs and burden levels. *Disability and Rehabilitation*, 33(4), 326-333.
- Bachl M. (2009). Pflegende Angehörige – Aus dem Schatten ins Licht der Öffentlichkeit. *Krankenpflege*, 4, 16-18.
- BFS Bundesamt für Statistik (2011). Spitex-Statistik 2010 (PDF). Heruntergeladen von <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4586> am 7.9.12
- Behrens J. & Langer G. (2006). *Evidence-based Nursing and Caring*. Bern: Hans Huber.
- Benbow C.-L. & Koopman W.J. (2003). Clinic-Based Needs Assessment of Individuals with Multiple Sclerosis and Significant Others : Implications for Program Planning-Psychological Needs. *Rehabilitation Nursing*, 28 (4), 109-116.
- Bigler S., Egger B., Spirig R., Kessler-Berther G. & Glaus Hartmann M. (2008). Chronisch neurologische Erkrankungen – Nachhaltige Verbesserung der Betreuung und Unterstützung. *Krankenpflege*, 6, 21-23.
- Bischofberger I. (2010). Case Management – Entlastungspotential für erwerbstätige pflegende Angehörige. *Case Management*, 1, 31-33.
- Bischofberger I. (2007). Konzept für pflegende Angehörige – Familienorientiertes Case Management. *Krankenpflege*, 5, 10-13.
- Boeije H.R, Duijnstee M.S.H. & Grypdonck M.H.F. (2002). Continuation of Caregiving among partners who give total care to spouses with multiple sclerosis. *Health and Social Care in the Community*, 11(3), 242-252.
- Boland P., Levack W.M.M., Hudson S. & Bell E.M. (2011). Coping with multiple sclerosis as a couple: „peaks and troughs“- an interpretative phenomenological exploration. *Disability and Rehabilitation*, 34(16), 1367-1375.
- Brobst R.A., Clarke Coughlin A.M., Cunningham D., Feldman J.M., Hess Jr. R.G. & Mason J.E. (2007). *Der Pflegeprozess in der Praxis*. Bern: Verlag Hans Huber.

- Buchanan R.J., Radin D., Chakravorty B.J. & Tyry T. (2008). Informal care giving to more disabled people with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 31(15), 1244-1256.
- Cheung J. & Hocking P. (2002). Caring as worrying: the experience of spousal Carers. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5), 475-482.
- Compston A. & Coles A. (2002). Multiple Sclerosis. *The Lancet*, Vol. 359, 1221-1231.
- Corry M. & While A. (2008). The needs of carers with multiple sclerosis: a literature review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 569-588.
- DBfK Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2009). Brennpunkt Pflege (PDF). Heruntergeladen von: <http://www.dbfk.de/download/download/Brennpunkt-Pflege-Angehorigenpflege-2009druckversion.pdf> am 17.9.12
- Duden (2005). *Das grosse Fremdwörterbuch – Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter*. Mannheim: Dudenverlag.
- Egger B., Müller M., Bigler S. & Spirig R. (2012). Bedürfnisse von Menschen, die an Multipler Sklerose leiden: Die Perspektiven von erkrankten Personen und ihren nächsten Angehörigen in der deutschsprachigen Schweiz. *Pflege* 2012, 25(5), 329-341.
- Forbes A., While A. & Mathes L. (2006). Informal carer activities, carer burden and health status in multiple sclerosis. *Clinical Rehabilitation*, 21, 563-575.
- Fleming Courts N., Newton A.N. & McNeal L.J. (2005). Husbands and Wives Living with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 37 (1), 20-27.
- George W. & George U. (2003). *Angehörigenintegration in der Pflege*. München: Ernst Reinhardt Verlag.
- Gibbens M. (2007). Das Pflegegleich. *MS in focus*, 9, 6-8.
- Gregory J.R., Disler P. & Firth S. (1996). Caregivers of People with Multiple Sclerosis: A Survey in New Zealand. *Rehabilitation Nursing*, 21(1), 31-37.
- Häcker, H. O. & Stapf, K.-H. (2004). *Dorsch – Psychologisches Wörterbuch*. Bern: Hans Huber.
- Hasemann W. (2004). Belastung messen mit der Häusliche-Pflege-Skala. *Managed Care*, 3, 14-16.

- Hauser S.L. & Goodin D.S. (2005). Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Krankheiten. In Dietel M., Suttorp N. & Zeitz M. (Hrsg.), *Harrisons Innere Medizin – Deutsche Ausgabe in Zusammenarbeit mit der Charité* (S. 2651-2660). Berlin: ABW-Wissenschaftsverlag.
- Holland N.J., Schneider D.M., Rapp R. & Kalb R.C. (2011). Meeting the needs of people with Progressive Multiple Sclerosis, their families and the health-care community. *International Journal of MS Care*, 13, 55-74.
- ICN International Council of Nurses (2002). Nurses always there for you: Caring for families. (PDF). Retrieved from: <http://www.icn.ch/publications/2002-nurses-always-there-for-you-caring-for-families/> am 16.9.12
- Kalb R.C. (2004). Warum ist MS eine „Familien-Krankheit“? *MS in Focus*, 3, 4-5.
- Koopman W.J., Benbow C.L. & Vandervoort M. (2006). Top 10 needs of people with Multiple Sclerosis and their significant others. *Journal of Neuroscience Nursing*, 38, 369-373.
- Lanzicher C., 2007. « Der Gesundheit von pflegenden Angehörigen die gleiche Aufmerksamkeit schenken wie der Gesundheit von Patientinnen und Patienten ». *Schauplatz Spitex*, 3, 4-7.
- LoBiondo-Wood G. & Haber J. (2005). *Pflegeforschung : Methoden, Bewertung, Anwendung*. München: Urban & Fischer.
- Lublin F.D. & Goldsmith Dickinson C. (2009). Einführung in die unterschiedlichen Krankheitsverläufe von MS. *MS in focus*, 14, 4-6.
- Mattern R. (2001). Chronisch kranke Menschen und ihre Familien. Darstellung der Situation und ihrer Bewältigung am Beispiel Multipler Sklerose. *Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg, ifb-Materialien*, 1, 1-60.
- Mayer H. (2007). *Pflegeforschung anwenden – Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Miller D. M. (2004). Sorge für die Pflegenden. *MS in focus*, 3, 12-16.
- Naef, R. (2008). Beurteilungskriterien für quantitative und qualitative Studien. Modul Pflegeforschung, PF203. Winterthur: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW).
- Nagel M., Inauen H. & Holenstein D. (2012). Leistungssteigerung in der Spitex – Fallkoordination wird zum Schlüsselfaktor. *Krankenpflege*, 10, 17-19.

- NANDA International (2010). *Pflegediagnosen – Definitionen und Klassifikation 2009 2011*. Kassel: RECOM.
- O'Brien M.T. (1993). Stressors and Coping Strategies in Spousal Caregivers. *Journal of Community Health Nursing*, 10(3), 123-135.
- Pakenham K.I. (2007). The nature of sense making in caregiving for persons with multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 30(17), 1263-1273.
- Playford E.D. (2012). Wer bekommt MS? *MS in focus*, 7, 7-9.
- Poston B. (2009). An Exercise in Personal Exploration: Maslow's Hierarchy of Needs. *The Surgical Technologist*, 8, 343-357.
- Ruedin H.J., Wiver F., Roth M. & Widmer M. (2009). Gesundheitspersonal in der Schweiz – Bestandesaufnahme und Perspektiven bis 2020. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (PDF). Heruntergeladen von: <http://www.obsan.ch/admin.ch/bfs/obsan/de/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=3207> am 25.2.13
- Sadovnick, A. & Ebers G.C. (1993). Epidemiology of multiple sclerosis: a critical overview. *Canadian Journal of Neurological Sciences*, 20, 17-19.
- Sato A., Ricks K. & Watkins S. (1996). Needs of Caregivers of Clients with Multiple Sclerosis. *Journal of Community Health Nursing*, 13(1), 31-42.
- Schewior-Popp S., Sitzmann F. & Ullrich L. (2009). *Thiemes Pflege. Das Lehrbuch für Pflegende in Ausbildung*. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Schön-Bühlmann J. (2005). Unbezahlte Pflegeleistungen von Privatpersonen und – haushalten. *Soziale Sicherheit CHSS*, 5, 274-280.
- Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft (2011). Multiple Sklerose erklärt (PDF). Heruntergeladen von: [http://www.multiplesklerose.ch/MS-Info.139.0.html?&tt_products\[cat\]=12&cHash=d78ec541f3](http://www.multiplesklerose.ch/MS-Info.139.0.html?&tt_products[cat]=12&cHash=d78ec541f3) am 23.9.12
- Schweizerische Multiple Sklerose Gesellschaft (2011). Wohnformen für MS-Betroffene (PDF). Heruntergeladen von: <http://www.multiplesklerose.ch/MS-Info.139.0.html> am 23.2.13
- Starks H., Morris A.M., Yorkston K.M., Gray R.F. & Johnson K.L. (2009) Being in- or out-of-sync: Couples' adaption to change in multiple sclerosis. *Disability and Rehabilitation*, 32(3), 196-206.

WHO, (2008). Atlas – Multiple Sclerosis Resources in the World (PDF). Heruntergeladen von: http://www.who.int/mental_health/neurology/atlas_multiple_sclerosis_resources_2008/en/ am 4.1.13

Wright L.M. & Leahey M. (2005). *Nurses and Families- A Guide to Family Assessment and Intervention (4th edition)*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Zimbardo, P.G. & Gerrig, R.J. (2004). *Psychologie*. München: Pearson Studium.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prävalenz der MS (WHO, 2008)

Abbildung 2: Bedürfnispyramide (George & George, 2003)

Abbildung 3: Ebenen der Bedürfnisse

Abbildung 4: Pflegeprozess nach Brobst et al. (2007)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Häufigste Symptome der Multiplen Sklerose nach Hauser & Goodin (2005)

Tabelle 2: Übersicht Keywords

Tabelle 3: Zusammenfassung der Hauptstudien

Tabelle 4: Empfehlungen

A. Suchstrategie

Die Suchstrategie wurde aus Gründen der Übersichtlichkeit anhand der verwendeten Hauptstudien dargestellt.

Autoren/Autorinnen:	Datenbank	Keywords	Hits (relevante Artikel)
Benbow & Koopman (2003)	Medline	significant others AND multiple sclerosis (limited to full text)	14 (1)
Boeije et al. (2002)	Medline	spous* AND multiple sclerosis AND care* (limited to full text)	27 (2)
Cheung & Hocking (2002)	Medline	spous* AND multiple sclerosis AND care* (limited to full text)	27 (2)
Egger et al. (2012)	Studie wurde nach E-Mail-Kontakt mit R. Spirig zugesendet	-	-
Flemming Courts et al. (2005)	CINAHL	need* AND multiple sclerosis AND caregiv*	63 (2)
Gregory et al. (1996)	CINAHL	caregivers AND survey AND multiple sclerosis	17 (1)
O' Brien (1993)	Medline	caregiver AND multiple sclerosis (limited to full text)	43 (1)
Sato et al. (1996)	CINAHL	need* AND multiple sclerosis AND caregiv*	63 (2)

B. Evidenzlevel

Stärke der Evidenz nach Stetler et al. (1998, in LoBiondo-Wood & Haber, 2005)

I	Metaanalyse verschiedener kontrollierter Studien
II	Einzelne Experimentalstudie
III	Quasi-experimentelle Studie, zum Beispiel nicht randomisierter Einzelgruppen
IV	Nicht-kontrollierte Studie, zum Beispiel deskriptive Korrelationsstudie, qualitative oder Fallstudien
V	Fallbericht oder systematisch ermittelte verifizierbare Qualität oder Programm-evaluierungsdaten
VI	Meinungen angesehener Autoritäten; oder die Meinungen eines Expertenkomitees, einschliesslich ihrer Interpretation von nicht-forschungsbasierten Informationen

C. Häusliche-Pflege-Skala

HPS = Häusliche Pflege-Skala

	Aussagen	stimm t genau	stimmt über-- wiegend	stimmt ein wenig	stimmt nicht
1	Ich fühle mich morgens ausgeschlafen.	0	1	2	3
2	Durch die Pflege hat die Zufriedenheit mit meinem Leben gelitten.	3	2	1	0
3	Ich fühle mich oft körperlich erschöpft.	3	2	1	0
4	Ich habe hin und wieder den Wunsch aus meiner Situation „auszubrechen“.	3	2	1	0
5	Ich vermisse es, über die Pflege mit anderen sprechen zu können.	3	2	1	0
6	Mir bleibt genügend Zeit für meine eigenen Interessen und Bedürfnisse.	0	1	2	3
7	Ich fühle mich von dem/der Pflegebedürftigen manchmal ausgenutzt.	3	2	1	0
8	Ich kann ausserhalb der Pflegesituation abschalten.	0	1	2	3
9	Es fällt mir leicht, dem/der Pflegebedürftigen bei den notwendigen Dingen zu helfen (z.B. beim Waschen und Essen)	0	1	2	3
10	Ich empfinde mich manchmal nicht mehr richtig als „ich selbst“.	3	2	1	0
11	Die von mir geleistete Pflege wird von anderen entsprechend anerkannt.	0	1	2	3
12	Mein Lebensstandard hat sich durch die Pflege verringert.	3	2	1	0
13	Ich habe das Gefühl, dass mir die Pflege aufgedrängt wurde.	3	2	1	0
14	Die Wünsche des/der Pflegebedürftigen sind meiner Meinung nach angemessen.	0	1	2	3
15	Ich habe das Gefühl, die Pflege „im Griff“ zu haben.	0	1	2	3
16	Durch die Pflege wird meine Gesundheit angegriffen.	3	2	1	0
17	Ich kann mich noch von Herzen freuen.	0	1	2	3
18	Wegen der Pflege musste ich Pläne für meine Zukunft aufgeben.	3	2	1	0
19	Es macht mir nichts aus, wenn Aussenstehende die Situation des/der Pflegebedürftigen mitbekommen.	0	1	2	3
20	Die Pflege kostet viel von meiner eigenen Kraft.	3	2	1	0
21	Ich fühle mich „hin und her gerissen“ zwischen den Anforderungen meiner Umgebung (z.B. Familie und den Anforderungen durch die Pflege.	3	2	1	0
22	Ich empfinde den Kontakt zu dem/der Pflegebedürftigen als gut.	0	1	2	3
23	Wegen der Pflege gibt es Probleme mit anderen Familienangehörigen.	3	2	1	0

24	Ich habe das Gefühl, ich sollte mal wieder ausspannen.	3	2	1	0
25	Ich Sorge mich aufgrund der Pflege um meine Zukunft.	3	2	1	0
26	Wegen der Pflege leidet meine Beziehung zu Familienangehörigen, Verwandten, Freunden und Bekannten.	3	2	1	0
27	Das Schicksal des/der Pflegebedürftigen macht mich traurig.	3	2	1	0
28	Neben der Pflege dann ich meine sonstigen Aufgaben des täglichen Lebens meinen Vorstellungen entsprechend erledigen.	0	1	2	3
Totale Punktzahl					

Interpretation des HPS-Summenwertes bei Pflegeursachen **ausser Demenz**.

HPS-Summenwert	Belastungs- ausmass	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (N=591)
0 - 41	nicht bis gering	nicht erhöht	61,4%
42 - 55	mittelgradig	erhöht	24,4%
56 - 84	stark bis sehr stark	stark erhöht	14,2%

Interpretation des HPS-Summenwertes bei **Demenzsyndrom**.

HPS-Summenwert	Belastungs- ausmass	Risiko für psychosomatische Beschwerden	Häufigkeit in der Referenzstichprobe (N=591)
0 - 35	nicht bis gering	nicht erhöht	33,8%
36 - 45	mittelgradig	erhöht	25,3%
46 - 84	stark bis sehr stark	stark erhöht	40,9%

Quelle: Grässel, E. (2001), *Häusliche-Pflege-Skala HPS, Zur Erfassung der subjektiven Belastung bei betreuenden oder pflegenden Personen*. Vless Verlage: Ebersberg

D. Literaturanalyse

Referenz: Benbow C.-L. & Koopman W. J. (2003). Clinic-Based Needs Assessment of Individuals with Multiple Sclerosis and Significant Others : Implications for Program Planning-Psychological Needs. *Rehabilitation Nursing*, 28 (4), 109-116.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichprobengrösse/ Charakteristika: <u>MS-Betroffene:</u> N=353, bestehend aus mehr als 2.5mal mehr Frauen als Männer (F:M ratio= 2.39), durchschnittlich 48.4 Jahre alt. 28.7% der Betroffenen sind erwerbstätig und 70.1% verheiratet. Sie erhielten die Diagnose vor durchschnittlich 12.13 Jahren. Die meisten Teilnehmer/innen leiden an einem progressiven Krankheitsverlauf (42%), die restlichen sind aufgeteilt auf rezidivierend-remittierend (25.8%) und stabil (27.5%).</p>	<p>Ziel: Das Ziel der Studie war es, die psychologischen und psychosozialen Bedürfnisse von MS-Betroffenen und ihren Angehörigen zu identifizieren.</p> <p>Design: Das Design der Studie ist nicht genau beschrieben. Aufgrund der Vorgehensweise lässt sich vermuten, dass es sich um ein nicht-experimentelles deskriptives Design handelt,</p>	<p>Datenerhebung: Die Forscherinnen führten ihre Umfrage in London, Kanada durch. Sie sendeten einen quantitativen Fragebogen an 5500 MS-Betroffene, die mittels Randomisierung (random sampling) aus der Datenbank der MS-Klinik des Universitätsspitals ausgewählt wurden. 500 der Betroffenen wurden gebeten, ausschliesslich ihren nächststehenden Angehörigen den Fragebogen ausfüllen zu lassen.</p>	<p>Verfahren Die Daten wurden mittels deskriptiver Statistik zusammengefasst. Die Forscherinnen benützten zum Vergleich der Unterschiede zwischen Betroffenen und Angehörigen zwei verschiedene statistische Methoden (student's <i>t</i>-test/ Chi-square test).</p> <p>Beurteilung Das Verfahren der Datenanalyse wird sehr knapp beschrieben und nicht sofort ersichtlich. Um die analytischen</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Forscherinnen stellten die Ergebnisse graphisch dar. Es stellte sich heraus, dass die psychologischen Bedürfnisse mehr als „wichtig“ und „sehr wichtig“ bewertet wurden als andere Kategorien. Deshalb wurden diese zwei Rankings kombiniert, um die Bedeutsamkeit zu betonen. So entstanden schliesslich 4 Skalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Allgemeine psychologische Bedürfnisse •Spezifische Ressourcenbedürfnisse •Bedürfnisse in der Interaktion mit Leuten aus dem medizinischen Bereich •Unterschiede zwischen Betroffenen und 	<p>Implikationen: Die Forscherinnen befürworten die Einführung von Screenings v.a. im psychologischen Bereich für Betroffene und Angehörige. Sie stellen dazu drei fundierte Instrumente vor. Ausserdem betonen sie die Bedeutsamkeit der Beachtung von psychosozialen Bedürfnissen des medizinischen Fachpersonals. Am Schluss werden Themen für weiterführende Studien</p>

<p>30.7% sind auf einen Rollstuhl angewiesen, während 24.1% keine Einschränkungen der Mobilität aufweisen.</p> <p><u>Lebensgefährten:</u> N=240, mehrheitlich Männer (F:M ratio= 0.59), durchschnittlich 48.2 Jahre alt. 62.9% der Angehörigen sind erwerbstätig und 88.4% verheiratet. Die von ihnen gepflegten Betroffenen erhielten durchschnittlich vor 11.46 Jahren die Diagnose. Auch die Angaben bezüglich Krankheitsverlauf und Mobilität weisen keine signifikanten Unterschiede zur Gruppe der MS-Betroffenen auf.</p> <p>Beurteilung Die demografischen Daten ermöglichen einen ausführlichen Überblick über die teilnehmenden</p>	<p>da die Studie Häufigkeiten untersucht. Es sind aber auch qualitative Ansätze ersichtlich (Fokusgruppen zur Erstellung des Fragebogens).</p> <p>Beurteilung Die Forschungsfrage wird explizit erwähnt und die Relevanz anhand empirischer Literatur und Praxisbezug erläutert. Es entstehen aber Unklarheiten bezüglich des Settings, da nicht klar beschrieben wird, wie oft die Betroffenen der MS-Klinik einen Besuch abstatten und wie viel Zeit sie tatsächlich zu Hause</p>	<p>Messinstrumente: -Fragebogen, bestehend aus 75 Aussagen, die in folgende Bedürfniskategorien aufgeteilt wurden:</p> <ul style="list-style-type: none"> -physische B. (6) -psychische B. (23) -Gesundheit (16) -Zugänglichkeit (4) -Finanzen (5) -Beruf/Freizeit (9) -Informationen (12) <p>Die Aussagen konnten mittels einer Likert-Skalierung beantwortet werden, welche anhand von 4 Punkten zwischen unwichtig und sehr wichtig unterscheidet. Jede Kategorie enthält ausserdem eine offene Frage, um noch nicht genannte Bedürfnisse zu identifizieren. Der Fragebogen wurde im Vorfeld der Studie mittels vier Fokusgruppen-</p>	<p>Schritte nachvollziehen zu können wird statistisches Vorwissen benötigt</p>	<p>•Angehörigen</p> <p>Die wichtigsten Ergebnisse sind in Textform nochmals erläutert.</p> <p>Diskussion/Interpretation: Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse ausführlich diskutiert und in Beziehung zu bereits vorhandener Literatur gesetzt. Es werden auch Empfehlungen abgegeben. Die Forscherinnen nehmen auch Bezug zu ihrem Arbeitsort und diskutieren die Umsetzung der Resultate in diesem Setting.</p> <p>Beurteilung Die graphischen Darstellungen sind präzise und nachvollziehbar, der Text stimmt mit den Skalen überein. Die Forscherinnen nehmen nur auf die psychologischen Bedürfnisse Bezug. Die anderen im Fragebogen erwähnten Bedürfnisse werden nicht bzw. nur knapp erwähnt. Der Ergebnissteil wirkt im Vergleich zur</p>	<p>identifiziert.</p> <p>Bezug zur eigenen Fragestellung: Das Thema der Studie ist passend, viele der Resultate lassen sich zur Beantwortung der eigenen Fragestellung verwenden. Leider wird nicht ersichtlich, ob es sich bei den 88.4% der verheirateten Angehörigen tatsächlich um die Partner/innen der Betroffenen handelt. Es ist aber anzunehmen, dass dies beim grössten Teil zutrifft.</p> <p>Beurteilung Die präsentierten Implikationen sind relevant und gut umsetzbar für die</p>
--	--	---	--	--	---

<p>Personen. Die Stichprobengrösse ist grosszügig gewählt. Auffällig ist aber, dass im Abstrakt von einer anderen Teilnehmeranzahl gesprochen wird als in der Tabelle ersichtlich sind. Dies wird von den Forscherinnen nicht ausreichend begründet.</p>	<p>verbringen. Das Design wird von den Forscherinnen nicht genannt, die vermutete Methode scheint aber passend zur Fragestellung gewählt.</p>	<p>Interviews entwickelt.</p> <p>Beurteilung Die verwendeten Ein- und Ausschlusskriterien sowie die Randomisierung minimierten mögliche Bias. Die Validität des Fragebogens wurde von Patienten/ Patientinnen und einem interdisziplinären Team überprüft und bestätigt. Anhand der Errechnung des Cronbach's Alpha Koeffizienten konnte auch die Reliabilität des Instruments kontrolliert werden. Die Verwendung eines Fragebogens ist zur Beantwortung der Forschungsfrage nachvollziehbar.</p>		<p>Datenerhebung ungenügend, beantwortet aber die Forschungsfrage. Der Diskussionsteil ist ausführlich, aber der Bezug zur Klinik wirkt unpassend und ist nicht relevant für eine Verallgemeinerung.</p>	<p>Praxis. Die Autorinnen nehmen auch Bezug auf die Grenzen der unterschiedlichen Institutionen. Allgemein ist die Studie glaubwürdig durchgeführt. Eine ausführlichere Darstellung der Resultate wäre wünschenswert gewesen.</p> <p>Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998): Level IV</p>
--	---	---	--	--	--

Referenz: Boeije H. R., Duijnste M. S. & Grypdonck M. H. F. (2002). Continuation of caregiving among partners who give total care to spouses with multiple sclerosis. *Health and Social Care in the Community*, 11(3), 242-252.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichprobengrösse/ Charakterisierung: <u>Ehepaare N=17</u></p> <p>• <u>7 Männer und 10 Frauen mit MS</u>, durchschnittlich 57 Jahre alt. Sie erfuhren vor 4-49 Jahren die Diagnose MS. Alle Betroffenen sind zu diesem Zeitpunkt bereits auf den Rollstuhl angewiesen, 8 leiden an Fatigue und 7 an Sehbehinderungen. Eine Person hat eine Teilzeitanstellung, die anderen sind nicht berufstätig.</p> <p>• <u>7 Frauen und 10 Männer ohne MS (Ehepartner/innen)</u>, durchschnittlich 58 Jahre alt und zwischen 12 und 50</p>	<p>Ziel: Die Studie verfolgt das Ziel die Beweggründe zu untersuchen, welche Betroffene und ihre Partner/innen dazu bringt, den Einsatz, der die Pflege verlangt, aufzubauen und zu erhalten.</p> <p>Design: Das Studiendesign wird nicht explizit erwähnt. Aufgrund der tiefgehenden Beschreibungen und der Subjektivität lässt sich vermuten, dass es sich um ein phänomenologisches Design handelt.</p> <p>Beurteilung Das Ziel der Studie ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich und wird umschrieben,</p>	<p>Datenerhebung: Die Forscherinnen erhielten durch Hauspflege-Organisationen und ein Beratungskomitee Zugang zu den Patienten/Patientinnen. Zur Datenerhebung wurden ausschliesslich Personen ausgewählt, die folgende Kriterien erfüllten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • zu Hause lebend • Hochgradig pflegebedürftig • Vom Partner bzw. der Partnerin gepflegt <p>Die Forscherinnen entschieden sich gezielt für Personen, die sich in diversen Aspekten klar voneinander unterscheiden. Die Probanden und Probandinnen wurden zu Hause anhand eines lose strukturierten</p>	<p>Vorgehen: Die Daten wurden anhand einer konstanten komparativen Analyse mittels Fragmentierung bearbeitet. In einem ersten Schritt wurden die Interviews codiert und danach miteinander in Beziehung gesetzt und verglichen.</p> <p>Beurteilung Der ganze Prozess ist sehr komplex beschrieben und erfordert Fachwissen, um ihn nachvollziehen zu können. Die Datenanalyse</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden zusammengefasst und in folgende Themen aufgeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • The first stages: becoming more experienced in caregiving • The total care phase • Inevitability of caregiving • A shared disadvantage • Commitment to prevent admission <p>Die Forscherinnen stellten die Ergebnisse in einem Fliesstext dar, der mit Zitaten ergänzt wurde.</p>	<p>Implikationen: Es wird betont, dass das Gesundheitspersonal die Bedürfnisse der verschiedenen Krankheitsphasen erkennen sollte. Ausserdem muss besonders auf die feinfühligsten Interaktionen in der Beziehung Acht gegeben werden. Dem Fachpersonal wird anhand dieser Studie eine Grundlage für Informationen, Diskussionen und Unterstützungsmöglichkeiten gegeben.</p> <p>Bezug zur eigenen Fragestellung: Die Studie verdeutlicht, dass sich die Bedürfnisse je</p>

<p>Jahre verheiratet. 13 der Probanden und Probandinnen sind zur Zeit der Datenerhebung nicht erwerbstätig.</p> <p>15 Paare erhalten Hilfe von Pflegefachpersonen, 13 nehmen einen Haushalts-service in Anspruch.</p> <p>Beurteilung Die Probanden und Probandinnen sind sehr ausführlich beschrieben, dies dient dem besseren Verständnis der Sachlage. Die Forscherinnen erstellten zudem eine Tabelle mit den demografischen Daten der teilnehmenden Personen, was die Übersichtlichkeit und Nachvollziehbarkeit bekräftigt.</p>	<p>wodurch der Artikel an Verständlichkeit einbüsst. Eine Benennung des Designs fehlt zwar, aber die vermutete phänomenologische Vorgehensweise passt zur Forschungsfrage.</p>	<p>Interviews einzeln befragt und dabei aufgenommen. Anschliessend wurde das Interview transkribiert.</p> <p>Beurteilung Die Teilnehmer/innen wurden sorgfältig anhand Ein- und Ausschlusskriterien ausgewählt. Die gezielte Selektion führt zu einem breiten Spektrum an Resultaten, was der Beantwortung der Fragestellung zugute kommt. Der gesamte Prozess ist sehr ausführlich beschrieben. Einwilligungserklärung und Datensättigung werden nicht diskutiert.</p>	<p>wirkt präzise und die genauen analytischen Schritte werden erläutert.</p>	<p>Diskussion und Interpretation: Die Ergebnisse wurden ausführlich diskutiert und in Beziehung zur Ausgangsliteratur gesetzt. 3 Hauptthemen wurden identifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Unabwendbarkeit der MS •MS als geteiltes Unglück •Verhinderung der Aufnahme in ein Pflegeheim <p>Beurteilung Die Ergebnisse sind durch die präzise Strukturierung sehr übersichtlich. Die Forschungsfrage wird ausführlich beantwortet. Die Interpretation leistet einen Beitrag zum besseren Verstehen des Phänomens. Limitationen werden nicht erwähnt.</p>	<p>nach Phase verändern können.</p> <p>Beurteilung Obwohl sich die Studie mehr auf die Paar- als auf die Pflegebeziehung konzentriert, offeriert sie eine Fülle an Informationen. Es lassen sich auch einige Bedürfnisse herausfiltern. Relevant sind der Fokus auf die Partnerschaft von MS-Betroffenen sowie der Bezug zur Pflege.</p> <p>Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998): Level IV</p>
--	--	--	--	---	--

Referenz: Cheung J. & Hocking P. (2002). Caring as worrying: the experience of spousal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 47(5), 475-482.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichprobengrösse/ Charakteristika: <u>Ehefrauen N=4</u> <u>Ehemänner N=6</u></p> <p>Zwischen 40-60 Jahre alt.</p> <p>Beurteilung Die Stichprobengrösse ist gross genug für das gewählte Design. Die Beschreibung der Teilnehmer/innen fällt zu spärlich aus. Es fehlen weitere demografische Daten der Probanden/ Probandinnen und der Personen mit MS.</p>	<p>Ziel: Die Autorinnen verfolgten das Ziel, die Erfahrungen von pflegenden Partnern und Partnerinnen zu erforschen, um eine Basis für eine bessere Unterstützung durch das Gesundheitspersonal zu gewährleisten.</p> <p>Design: Für die Durchführung der Studie wurde ein phänomenologisches Design gewählt.</p> <p>Beurteilung Die Autorinnen haben die Forschungsfrage verständlich ausformuliert und anhand Einleitung und Kontext zu bereits vorhandener Literatur die Relevanz der Thematik reichlich</p>	<p>Datenerhebung: Die un-strukturierten Einzelinterviews fanden in Victoria statt. Die Daten wurden aufgenommen und mittels verbatim Transkription verarbeitet. Nach dem 10. Interview war laut den Autorinnen eine Daten-sättigung erreicht. Die Autorinnen beschreiben ausserdem, wie die Person, welche die Interviews führte, die Probanden und Probandinnen erlebte.</p>	<p>Vorgehen: Die Autorinnen nutzten zur Datenanalyse eine Form der hermeneutischen Analyse. Diese besteht aus vier analytischen Schritten, welche jeweils ausführlich erklärt werden. Durch wiederholtes Überarbeiten und Abstrahieren der Interviews zeichnete sich schliesslich ein bestimmendes Model ab, welches das Erleben der Angehörigen passend beschreibt.</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Autorinnen fokussieren ein Hauptthema („worrying“). Dazu präsentieren sie ihre Ergebnisse in vier Textabschnitten, die folgendermassen betitelt wurden: -worry about their partner's well-being -worry about their relationship -worry about their own health -worry about requesting support</p> <p>Im Text sind die Ergebnisse zusammengefasst und mit Zitaten der teilnehmenden Personen illustriert.</p>	<p>Implikationen: Die Autorinnen beschreiben diverse Implikationen für die Pflegepraxis:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Sorgen der Partner/innen identifizieren •Workshops/Beratung mit Informationen über physische/ psychische Auswirkungen der MS •flexible und verantwortungsvolle Entlastung <p>Bezug zur eigenen Fragestellung: Die Thematik der Studie von Cheung & Hocking (2002) liefert wichtige Erkenntnisse zur Beantwortung der eigenen Fragestellung. Sorgen drücken nicht befriedigte Bedürfnisse aus. An diesen Punkten sollte die Pflegepraxis anknüpfen.</p>

	<p>begründet. Zudem hat die Forschungsfrage bereits einen Ansatz zur praktischen Umsetzung. Die Wahl des Designs wird von den Autorinnen nachvollziehbar begründet. Es wirkt passend zur Fragestellung.</p>	<p>Beurteilung Aufgrund der unstrukturierten Interviews können die Probanden und Probandinnen frei erzählen, wodurch das subjektive Erleben zum Ausdruck kommt. Das Vorgehen ist klar beschrieben und die Datensättigung wurde diskutiert. Ausserdem wird erwähnt, dass die Studie die ethischen Bedingungen erfüllt.</p>	<p>Beurteilung Die Analyse-methode wird von den Autorinnen genannt und klar und nachvollziehbar beschrieben. Zudem erläutern sie die Gründe, welche die Glaubwürdigkeit der Studie bestätigen, in einem eigenen Kapitel, wie beispielsweise die verbatime Transkription oder die Dokument-ation der analytischen Entscheidungen. Dadurch wirkt die Analyse präzise und glaubwürdig.</p>	<p>Diskussion/ Interpretation; Die Ergebnisse werden zusammengefasst und in Kontext zu empirischer Literatur gesetzt. Die Autorinnen betonen die Wichtigkeit der Abgrenzung zwischen Partnern, Partnerinnen und anderen pflegenden Angehörigen von MS Betroffenen.</p> <p>Beurteilung Die Ergebnisse sind übersichtlich dargestellt und demonstrieren die Reichhaltigkeit der Daten. Die Forschungsfrage wird so eingehend beantwortet. Die Einteilung in Kategorien fördert das Verstehen der Situation.</p>	<p>Beurteilung Cheung & Hocking (2002) formulieren anhand ihrer Resultate relevante Empfehlungen für die Pflegepraxis. Es handelt sich um eine qualitativ hochwertige Studie mit hervorragender Methodik, welche zur Glaubwürdigkeit beiträgt. Einzig die Stichprobe könnte genauer beschrieben werden.</p> <p>Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998): Level IV</p>
--	---	--	--	---	---

Referenz: Egger B., Müller M., Bigler S. & Spirig R. (2012). Bedürfnisse von Menschen, die an Multipler Sklerose leiden: Die Perspektiven von erkrankten Personen und ihren nächsten Angehörigen in der deutschsprachigen Schweiz. *Pflege*, 25(5), 329-341.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichprobengrösse/ Charakteristika: -Betroffene N= 878, davon 50,3% Frauen und 49,7% Männer. 73,8% der Betroffenen leben in einer Partnerschaft und 35,1% sind erwerbstätig. Das Durchschnittsalter beträgt 53 Jahre.</p> <p>Die Betroffenen erhielten die Diagnose vor 0-58 Jahren (Median= 13). Die Diagnosen sind wie folgt aufgeteilt: -primär progredienter Verlauf: 22,9% -sekundär progredienter Verlauf: 29.5% -schubförmiger Verlauf: 36.4% 28.7% erleben keine bis leichte Beeinträchtigung der Erkrankung, 41.7%</p>	<p>Ziel: Ziel der Studie war es, vorhandene krankheits- und therapiebedingte Bedürfnisse von an Multiple Sklerose erkrankten Personen und ihren Angehörigen in der deutschsprachigen Schweiz zu erfassen. Ausserdem wurde die Untersuchung der Zusammenhänge zwischen Alter, Schweregrad der Erkrankung, sozialem Status und den Bedürfnissen der Betroffenen/Angehörigen angestrebt.</p> <p>Design: Bei der quantitativen Studie von Egger et al. (2012) wurde mittels deskriptiver Statistik die Häufigkeiten untersucht</p>	<p>Datenerhebung: Die ausgewählten Personen der MS-Datenbank erhielten einen Fragebogen mit Begleitbrief und einer Einverständniserklärung. Inhalt und Verständlichkeit des Fragebogens wurden mittels Pretests überprüft und angepasst. Um die Daten der Angehörigen erheben zu können, wurden die Betroffenen aufgefordert eine nahestehende Person anzufragen. Die Datensammlung dauerte insgesamt elf Wochen, eine Erinnerung erfolgte nach einem Monat. Das Projekt wurde von einer Ethikkommission aus Basel bewertet.</p>	<p>Verfahren: Für die Datenanalyse verwendeten Egger et al. (2012) deskriptive und schliessende Statistik. Der genaue Vorgang der Datenanalyse wird ausführlich erklärt. Die Autorinnen erläutern die dazu genutzten Instrumente.</p> <p>Beurteilung Die eingesetzten statistischen Methoden erscheinen für die Beantwortung der Forschungsfrage geeignet. Der Vorgang der Analyse wird eingehend</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Resultate sind in Tabellenform ausführlich dargestellt. Dabei wurden die Tabellen wie folgt aufgeteilt:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Demografische Charakteristika der Betroffenen •Demografische Charakteristika der Angehörigen •Bedürfnisse der Betroffenen •Bedürfnisse der Angehörigen •Logistische Regressionsmodelle (Beratung Fatigue/ Beratung kognitive Einschränkungen/ Rollstuhlgängigkeit im öffentlichen Bereich) <p>Die wichtigsten Ergebnisse werden im Text noch zusätzlich</p>	<p>Implikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Verstärkte Integration von den Aspekten Umgang mit Fatigue und kognitiven Einschränkungen, Bewältigung von belastenden Gefühlen und zukunftsorientierte Planung in Beratungsangebote •Informationen über komplementäre Behandlungsmethoden und deren bisher fehlende Evidenz •Stärkung Selbstmanagement-fähigkeiten <p>Bezug zur eigenen Fragestellung: Die Studie von Egger et al. (2012) passt exakt zur</p>

<p>mittlere und 29.6% starke Beeinträchtigung.</p> <p><u>-Angehörige N= 615</u>, davon 61,5% Frauen und 38,5% Männer. 80,7% sind die Partner/in, 4,9% Tochter/Sohn und 7,3% Mutter/Vater des/der Betroffenen.</p> <p>Die Angehörigen sind durchschnittlich 54 Jahre alt und 60% üben einen Beruf aus. 79.8% der Angehörigen leben mit den Betroffenen im gleichen Haushalt und 65% leisten kontinuierliche Unterstützung. Die Angehörigen pflegen durchschnittlich seit 8,5 Jahren, mit einer Streuung von 0,17-58 Jahren.</p> <p>Beurteilung Bei der verwendeten Stichprobenerhebung handelt es sich um ein Non-probability Sampling, um eine gezielte Erhebung der</p>	<p>und miteinander in Beziehung gesetzt. Es handelt sich vermutlich um eine deskriptive Korrelationsstudie.</p> <p>Beurteilung Das Ziel der Studie ist klar definiert und ersichtlich. Die Forscherinnen erwähnen die wichtigsten Konsequenzen der Ergebnisse für die Pflegepraxis eigens in einem Abschnitt. Das Thema wurde anhand empirischer Literatur genauer erläutert, Die wichtigsten Begriffe wurden definiert und die Problemstellung wird ersichtlich. Das Design wirkt passend gewählt.</p>	<p>Messinstrumente: <u>-Fragebogen:</u> Zur Erfassung der Bedürfnisse. Unterteilung in vier Hauptkategorien (kein Bedürfnis/ ausreichend abgedecktes Bedürfnis/ ungedecktes Bedürfnis/ wahrgenommenes Bedürfnis)</p> <p><u>-Pictorial Representation of Illness and Self Measure (PRISM):</u> Messverfahren, bei dem die Person anhand einer bildlichen Darstellung die Distanz zwischen sich und der Erkrankung darstellt.</p> <p><u>-Hospital Anxiety and Depression Score (HADSD):</u> Häufig verwendetes Instrument, welches die psychologischen Auswirkungen einer physischen Erkrankung erfasst, wobei eine niedrige Punktzahl auf eine niedrige Ausprägung von Depression und Angst</p>	<p>erläutert. Aufgrund der Stichproben - größe wirkt sich ein extremer Wert nicht negativ auf das Ergebnis aus. Die Tabellen sind ausführlich beschriftet und anschaulich dargestellt. Zu bemängeln ist, dass das Signifikanzniveau nicht erwähnt wurde.</p>	<p>erwähnt.</p> <p>Diskussion und Interpretation: Die Bedürfnisse der Betroffenen und Angehörigen konnten anhand der Studie systematisch erfasst und anschaulich dargestellt werden. Limitationen werden ausführlich diskutiert.</p> <p>Beurteilung Die Tabellen sind vollständig und präzise. Sie stellen eine ideale Ergänzung zum Text dar. Die Ergebnisse von Text und Tabellen stimmen überein. Im Diskussionsteil werden die wichtigsten Ergebnisse ausführlich diskutiert und mit bereits vorhandener empirischer Literatur verglichen. Mangelhaft fällt die Diskussion über die Bedürfnisse der Angehörigen aus, der Fokus liegt hauptsächlich auf den</p>	<p>Fragestellung der Bachelorarbeit. Die Aktualität und Durchführung in der deutschsprachigen Schweiz liefern hochwertige Ergebnisse. Von Vorteil ist, dass die Bedürfnisse der Angehörigen klar von den Bedürfnissen der Betroffenen abgegrenzt werden.</p> <p>Beurteilung Die Thematik der Studie erscheint sinnvoll und die Ergebnisse sind bedeutend für die Pflegepraxis. Sie weist nur sehr wenige Schwächen auf. Zwar ist eine Verallgemeinerung aufgrund der fehlenden Randomisierung nicht möglich, hat aber auf die Forschungsfrage nur einen geringen Einfluss.</p>
---	--	---	--	--	---

<p>Daten, was bedeutet, dass die Probanden und Probandinnen willkürlich ausgewählt wurden. Dadurch können die Merkmale und deren Häufigkeit nicht mit der gesamten Population verglichen werden, So entspricht zum Beispiel der Frauenanteil von 50% der Betroffenen nicht der Wirklichkeit. Streng genommen ist das Sampling nicht repräsentativ aufgrund der fehlenden Randomisierung. Die angestrebte Stichprobengrösse erscheint für die Studie angemessen. Die Charakteristika der teilnehmenden Personen sind zudem sehr ausführlich beschrieben.</p>		<p>hinweist.</p> <p><u>-Häusliche Pflege Skala:</u> Dieses Messinstrument dient der Erfassung der Belastung von pflegenden Angehörigen. Einteilung in Belastungsstufen.</p> <p>Beurteilung Die Methode der Datenerhebung passt zu der Fragestellung. Die Datenerhebung wurde von allen Teilnehmer/innen erhoben und bot allen die gleichen Bedingungen. Die Messinstrumente sind sinnvoll gewählt und zur besseren Verständlichkeit genauer erläutert und begründet. Jedes Instrument wurde von den Autorinnen bereits bewertet und die Validität/Reliabilität betont.</p>		<p>Belastungen.</p>	<p>Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998):</p> <p>Level IV</p>
---	--	---	--	---------------------	--

Referenz: Fleming Courts N., Newton A. N. & McNeal L. J. (2005). Husbands and Wives Living with Multiple Sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*, 37 (1), 20-27.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichprobengrösse/ Charakteristika: <u>-Ehemänner</u> N= 8, durchschnittlich 49,5 Jahre alt mit einer Streuung von 31 bis 67 Jahren. Die Frauen der befragten Männer erkrankten vor 2 bis 11 Jahren (x=5.5).</p> <p><u>-Ehefrauen:</u> N= 4, durchschnittlich 55 Jahre alt, mit einer Streuung von 50-65 Jahren. Die Prognose der Ehemänner wurde vor 8-10 Jahren gestellt (x=9).</p> <p>Beurteilung Die Teilnehmerzahl wirkt gering, ist aber für das phänomenologische Studiendesign genügend. Ausserdem entspricht die Geschlechteraufteilung</p>	<p>Ziel: Das Ziel dieser Studie war es, das Erleben von Ehepartnern und Ehepartnerinnen von an Multiple Sklerose erkrankten Personen aufzuzeigen.</p> <p>Design: Die Autorinnen verwendeten für ihre qualitative Studie ein phänomenologisches Design. Dies wird im Text nicht explizit erwähnt, lässt sich aber aus der Studie erschliessen.</p> <p>Beurteilung Das Ziel der Studie ist klar dargestellt. Anhand der Einleitung wird die Wichtigkeit der Thematik aufgezeigt und betont. Das</p>	<p>Datenerhebung: Das Team der Multiple Sclerosis Society identifizierte potentielle Probanden und Probandinnen. Diese wurden dann persönlich angerufen und zur Teilnahme eingeladen (purposive sampling). Anhand des Schneeballsystems wurden weitere Teilnehmer/innen ausfindig gemacht und in eine Fokusgruppe eingeteilt. Die Teilnehmer/innen wurden zu Beginn über das Vorgehen aufgeklärt und unterschrieben eine Einwilligungserklärung.</p> <p>Beurteilung Die verwendete Methode der Datenerhebung erscheint sinnvoll, um</p>	<p>Verfahren: Die Daten, die sich aus den Diskussionen der Fokusgruppe ergaben, wurden durch verbatime Transkription verarbeitet. Jede der Forscherinnen arbeitete selbstständig und identifizierte unabhängig von den anderen in einem längeren Prozess verschiedene Kategorien. Diese wurden dann miteinander verglichen, diskutiert und mehrmals überarbeitet und</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Ergebnisse wurden in vier Hauptkategorien eingeteilt: •Caregiver Roles •Need for Resources •Relationship Changes •Barriers</p> <p>Die Inhalte wurden zusammengefasst und mit Zitaten aus der Fokusgruppe ergänzt und illustriert.</p> <p>Diskussion und Interpretation: Im Diskussionsteil werden hauptsächlich die Unterschiede der Ergebnisse zwischen Männern</p>	<p>Implikationen: Aus den Ergebnissen der Studie formulierten die Forscherinnen vielfältige Empfehlungen für die Pflege: •Individuelles Assessment mit den Angehörigen durchführen •Geschlechterrollen erkennen und erfolgreich in die Pflege integrieren •Unabhängigkeit der Betroffenen/ Angehörigen akzeptieren und bewahren •Frei zugängliche Informationen zum Zeitpunkt der Diagnose und im Verlauf ermöglichen •Über Alternative Methoden informieren, kritisch</p>

<p>1:2 von Frauen zu Männern der Realität. Die teilnehmenden Personen und ihre Angehörigen sind nur spärlich beschrieben, es fehlen beispielsweise Angaben über die genaue Diagnose. Auch ist nicht ersichtlich, wo das Sampling genau erfolgte, es ist nur von einem südlichen Staat die Rede.</p>	<p>Design wurde passend zur Beantwortung der Fragestellung erwähnt, eine genauere Beschreibung fehlt jedoch.</p>	<p>das Erleben der Ehepartner/Innen zu untersuchen. Zudem ist die Vorgehensweise ausführlich beschrieben. Ethische Bedingungen werden durch die schriftliche Einwilligung erfüllt, die Datensättigung wird aber nicht diskutiert.</p>	<p>überprüft. Schliesslich wurden einstimmig vier Hauptkategorien bestimmt, welche die Inhalte gliedern sollen.</p> <p>Beurteilung Das Vorgehen bei der Datenanalyse wird anhand der verschiedenen analytischen Schritte nachvollziehbar und verständlich dargestellt. Es wird erwähnt, dass die Forscherinnen bei der Analyse Notizen machten, somit ist eine Dokumentation der analytischen Entscheidungen anzunehmen.</p>	<p>und Frauen diskutiert. Die Forscherinnen ordnen den Geschlechterrollen spezifische Verhaltensweisen zu. So wird die Rolle des Mannes beispielsweise als „Beschützer“ betitelt. Des Weiteren werden die Gefühle, Ängste sowie Bedürfnisse der Partner/innen erörtert und mit bereits vorhandener Literatur verglichen. Die Limitationen werden in einem Satz beschrieben.</p>	<p>diskutieren und gegebenenfalls ermöglichen</p> <ul style="list-style-type: none"> •Das Bedürfnis nach Selbsthilfegruppen erfassen und vermitteln <p>Bezug zur eigenen Fragestellung: Obwohl diese Studie das Erleben der Eheleute untersucht, ergaben sich viele Resultate, die mit der eigenen Fragestellung übereinstimmen. Die Betroffenen zählen einige unbefriedigte Bedürfnisse auf. Dies zeigt deutlich, wie eng Erleben und Bedürfnisse zusammenhängen und wie wichtig das Thema für die Angehörigen ist.</p>
---	--	---	---	---	--

				<p>Beurteilung Die Aufteilung der Kategorien schafft Übersicht. Die Resultate sind ausführlich erwähnt und den Kategorien passend untergeordnet. Durch die Zitate wird der Text bekräftigt und erhält eine gewisse Lebendigkeit. Im Diskussionsteil wirkt die Zuordnung der Verhaltensweisen zu verallgemeinert und könnte von weiteren wichtigen Aspekten ablenken. Eine ausführlichere Beschreibung der Limitationen wäre wünschenswert.</p>	<p>Beurteilung Durch die Implikationen und Schlussfolgerungen bieten die Forscherinnen den Pflegefachpersonen konkrete Handlungsvorschläge. Trotz der geringen Teilnehmeranzahl sind die Resultate sehr ausführlich und vielfältig. Die Studie erfüllt die vier Paradigmen (Nachvollziehbarkeit, Übertragbarkeit, Bestätigungskraft, Glaubwürdigkeit) der Trustworthiness, Gütekriterien zur Bewertung qualitativer Studien.</p> <p>Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998): Level IV</p>
--	--	--	--	--	--

Referenz: Gregory J. R., Disler P. & Firth S. (1996). Caregivers of People with Multiple Sclerosis: A Survey in New Zealand. *Rehabilitation Nursing*, 21(1), 31-37.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichprobengrösse/ Charakteristika: <u>N=31</u> <ul style="list-style-type: none"> •Ehemänner: 20 •Ehefrauen: 10 •Andere (Mütter): 1 <p>Durchschnittlich waren die pflegenden Angehörigen zum Zeitpunkt der Befragung 43 Jahre alt (zwischen 27-84), davon 13 Personen berufstätig, Die Zeit, die die Angehörigen für pflegerische Tätigkeiten aufwenden, reicht von 1-4 Stunden (N=10) über mehr als 10 Stunden (N=12).</p> </p>	<p>Ziel: Das Ziel der Studie war es, Informationen über die Rollen, Tätigkeiten und Lebenssituationen von pflegenden Angehörigen zu erhalten.</p> <p>Design: Das Design wird von den Forschern nicht beschrieben. Es lässt sich aber behaupten, dass es sich um eine nicht-experimentelle Beobachtungsstudie handelt.</p> <p>Beurteilung Das Ziel ist zwar klar und nachvollziehbar formuliert, jedoch nicht anhand empirischer</p>	<p>Datenerhebung: Die Daten wurden in der Region von Manawatu und Wanganui Region in Neuseeland erhoben. Die Forscher wählten diese Region aufgrund ihrer Repräsentativität. 80 MS-Betroffene und 31 pflegende Angehörige wurden anhand eines strukturierten Fragenbogens mit offenen und geschlossenen Fragen befragt. Die Interviews dauerten 1-3 Stunden.</p> <p>Messinstrumente: Fragebogen, dieser wird nicht beschrieben.</p>	<p>Vorgehen: Die Datenanalyse wird von den Forschern nicht beschrieben.</p> <p>Beurteilung Durch die fehlende Beschreibung des Vorgehens sind die analytischen Schritte der Forscher nicht nachvollziehbar.</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Resultate wurden einerseits in Tabellenform dargestellt, andererseits sind sie in Textform (unterteilt in mehreren Abschnitten) ausführlich beschrieben.</p> <p>Diskussion/Interpretation: Die Resultate werden ausführlich diskutiert und anhand empirischer Literatur bestätigt. Die Forschungsfrage wird beantwortet und die wichtigsten Aspekte genauer erläutert.</p> <p>Beurteilung Die Tabellen sind präzise und einfach zu interpretieren und bieten eine gute Ergänzung zum Text. Limitationen werden nicht diskutiert. Die Resultate werden detailliert diskutiert und mit anderen</p>	<p>Implikationen für die Pflegepraxis: Die Empfehlungen, wurden jeweils mit den Resultaten von anderen Studien in Beziehung gesetzt.</p> <ul style="list-style-type: none"> •Spezifische Weiterbildungen für Pflegefachpersonen: Diese können u.a. genutzt werden, um pflegende Angehörige zu beraten und Stresssituationen erkennen. •Mehr Aufmerksamkeit für die pflegenden Angehörigen und ihre Emotionen <p>Bezug zur eigenen Fragestellung: Es ergeben sich relevante Informationen zur</p>

<p>Beurteilung Die Grösse der Stichprobe fällt zu klein aus, dafür sind die Charakteristika der teilnehmenden Personen sehr genau beschrieben. Es ist nicht ersichtlich, ob das Sampling zufällig oder gezielt erfolgte.</p>	<p>Literatur hergeleitet. Somit wird die Relevanz der Thematik zu wenig ersichtlich. Das Design wird nicht beschrieben, wodurch die Studie an Qualität einbüsst.</p>	<p>Beurteilung Die Methode der Datenerhebung erscheint für die Beantwortung der Forschungsfrage nachvollziehbar. Es wird beschrieben, dass sowohl die Betroffenen wie auch die Angehörigen interviewt werden. Die Daten der Betroffenen werden aber in der ganzen Studie nicht erwähnt. Da der Fragebogen nicht dargestellt wird, sind Reliabilität und Validität nicht beurteilbar.</p>		<p>Studien verglichen.</p>	<p>Beantwortung Fragestellung. Der Anteil an Eheleuten ist sehr hoch. Das Setting Neuseeland ist kulturell mit der Schweiz zu vergleichen, im Aufbau des Gesundheitswesens gibt es einige Unterschiede.</p> <p>Beurteilung Die Studie liefert relevante Informationen über die pflegenden Angehörigen. Die Methodik wird ungenügend beschrieben und die Stichprobe ist zu klein gewählt. Abstract sowie theoretischer Hintergrund sind nicht vorhanden.</p> <p>Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998): Level IV</p>
---	--	---	--	----------------------------	---

Referenz: O'Brien M. T. (1993). Stressors and Coping Strategies in Spousal Caregivers. *Journal of Community Health Nursing*, 10(3), 123-135.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichprobengrösse/ Charakteristika: <u>Angehörige:</u> N=20 -9 Frauen -11 Männer</p> <p>Das Durchschnittsalter beträgt 52 Jahre, 50% der Befragten arbeiten Vollzeit, 25% Teilzeit. Die Angehörigen pflegen seit 1 bis 25 Jahren. ($\bar{x}=8$) 90% der Ehefrauen/ Ehemänner führen persönliche Pflege aus.</p> <p>Beurteilung Die Stichprobengrösse fällt für eine Verallgemeinerung zu klein aus. Die Charakteristika der Probanden und Probandinnen sind dafür sehr ausführlich beschrieben.</p>	<p>Ziel: Das Ziel der Studie war es, die Stressoren und Copingstrategien der pflegenden Angehörigen von Personen mit MS zu beschreiben und den Zusammenhang zwischen Stress und Copingverhalten zu untersuchen.</p> <p>Design: Das Forschungsdesign wird von der Autorin nicht beschrieben. Es lässt sich vermuten, dass es sich um eine Mischung aus deskriptiven und korrelativen Methoden handelt, da die Studie sowohl</p>	<p>Datenerhebung: Die teilnehmenden Personen sind Mitglieder der National Multiple Sclerosis Society. Sie wurden mittels einer Werbung in einem lokalen MS Newsletter gefunden. Die potentiellen Teilnehmer/innen wurden zu einem semistrukturierten Interview eingeladen. Sie wurden gebeten die folgenden Instrumente auszufüllen.</p> <p>Messinstrumente: <u>Caregiver Stress Index (CSI):</u> aus 13 Aspekten bestehend, die stressige</p>	<p>Vorgehen: Das Vorgehen der Datenanalyse wird von O'Brien (1993) nicht erläutert.</p> <p>Beurteilung Durch die fehlende Beschreibung sind die analytischen Schritte der Forscherin nicht nachvollziehbar.</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Ergebnisse werden in Textform präsentiert, ausführlich erläutert und mittels Durchschnittswerten und Prozentzahlen vervollständigt. O'Brien (1993) unterteilt die Resultate in vier Abschnitte:</p> <ul style="list-style-type: none"> -demografische Daten -Copingstrategien -Stressoren -Stress und Coping. <p>Jeder Abschnitt ist mit Tabellen mit den Ergebnissen des CSI bzw. des WCC ergänzt.</p>	<p>Implikationen: Implikationen wurden formuliert und mit empirischer Literatur bekräftigt. Die folgenden Empfehlungen beziehen sich ausschliesslich auf pflegende Angehörige:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Assessment bezüglich Stressoren durchführen, mit den Angehörigen Strategien entwickeln und laufend evaluieren -Unterstützung und Beratung in physischer Pflege -spezifische Interventionen: Selbsthilfegruppen, Stressmanagementgruppen, Beratung und Erholung. <p>Bezug zur Fragestellung:</p>

	<p>Häufigkeiten als auch Beziehungen untersucht.</p> <p>Beurteilung Die klar formulierte Forschungsfrage untersucht wichtige Aspekte für die Pflege. Die Relevanz für die Praxis wird anhand der Einleitung und einer Literaturrecherche eingehend erläutert. Das Design wird von der Autorin nicht beschrieben. Dies wäre hilfreich gewesen, um das Vorgehen nachvollzuziehen.</p>	<p>Situationen in der Pflege beschreiben. Geantwortet wurde mittels einer 5-Punkte-Skala..</p> <p><u>Ways of Coping Checklist (WCC):</u>, beschreibt 68 Copingstrategien, die in 8 Unterkategorien aufgeteilt sind. Die teilnehmenden Personen mussten anhand einer 4-Punkte-Skala beantworten, wie oft sie die jeweilige Copingstrategie jeweils anwenden.</p> <p>Beurteilung Die Datenerhebung ist für die Forschungsfrage nachvollziehbar. Ethische Aspekte werden durch eine Unterzeichnung abgedeckt. Eine Schwäche der Datenerhebung ist nebst der geringen Anzahl</p>		<p>Diskussion/ Interpretation: Als erstes werden die Resultate kurz zusammengefasst, anschliessend kritisch diskutiert und in Kontext mit empirischer Literatur gesetzt.</p> <p>Beurteilung Die Präsentation der Ergebnisse und die Diskussion erfolgt sehr ausführlich. Die Tabellen sind präzise und vollständig, sie ergänzen den Text. Die Forscherin erörtert auch Limitierungen der Studie und lehnt eine Verallgemeinerung aufgrund der Resultate ab.</p>	<p>Obwohl die Thematik auf den ersten Blick nicht passend erschien, erreichte die Studie die engere Auswahl. Beim genauen Durchlesen ergaben sich anhand der Resultate und Implikationen wichtige Erkenntnisse für die Bachelorthesis.</p> <p>Beurteilung Die Implikationen sind ausführlich und praxisrelevant. Allgemein weist die Studie einige Schwächen auf, darunter die nicht-randomisierte und zu kleine Stichprobenerhebung und das mangelhaft beschriebene methodische Vorgehen. Die Resultate sind aber sehr relevant und werden trotz ihrer fehlenden Aktualität in anderen Studien oft zitiert.</p>
--	--	---	--	--	---

		Teilnehmer/innen die fehlende Randomisierung. Die Mess- instrumente sind detailliert erläutert. Im Text wird zudem bereits die Validität und Reliabilität der verwendeten Instrumente veranschaulicht.			Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998): Level IV
--	--	--	--	--	--

Referenz: Sato A., Ricks K. & Watkins S. (1996). Needs of Caregivers of Clients with Multiple Sclerosis. *Journal of Community Health Nursing*, 13(1), 31-42.

1. Sample	2. Design / Methode	3. Datenerhebung	4. Analyse	5. Resultate	6. Bedeutung für die Pflegepraxis
<p>Stichproben-grösse/ Charakteristika: <u>N=21</u> •9 Männer •12 Frauen</p> <p>Das Durchschnittsalter der pflegenden Angehörigen liegt bei 54 Jahren (zwischen 34 und 78). Als häufigste Beziehungsform wird die Ehe angegeben. In 57% der Haushalte lebt mindestens ein Kind, das Alter liegt zwischen 7 und 34 Jahren. Die Probanden bzw. Probandinnen pflegen durchschnittlich seit 16 Jahren, mit</p>	<p>Ziel: Das Ziel der Studie war es, die Bedürfnisse der pflegenden Personen von Betroffenen mit MS zu identifizieren. Die Forscherinnen unterteilten die Frage in vier Forschungsfragen, welche die Bedürfnisse in folgenden Bereichen untersuchte:</p> <ul style="list-style-type: none"> •physiological needs •self-concept needs •role function needs •Interdependence needs 	<p>Datenerhebung: 58 betroffenen Personen und ihren Angehörigen wurde von der Multiple Sclerosis Foundation (MSF) das Multiple Sclerosis Needs Assessment (MSNA) und eine Einwilligungserklärung zugeschiedt. Die Antworten erhielt ein Wissenschaftler, der keinen Zugang zu den Namen der MSF Datenbank hatte.</p> <p>Messinstrumente: •<u>MSNA-Instrument:</u> eigens für diese Studie entwickelt. Das Instrument besteht aus verschiedenen Fragen. Die Leser/innen antworten mit Hilfe einer Skala, deren</p>	<p>Verfahren: Das Verfahren der Datenverarbeitung wird in der Studie von Sato et al. (1996) nicht erwähnt.</p> <p>Beurteilung Durch die fehlende Beschreibung der Analyse ist dieser Schritt der Forscherinnen nicht nachvollziehbar. Die Informationen wären wichtig, um die Glaubwürdigkeit der Studie zu bekräftigen.</p>	<p>Präsentation der Ergebnisse: Die Forscherinnen stellen die Ergebnisse anhand der vier Forschungsfragen dar. Jede Frage wird in Textform beantwortet. Der schriftliche Teil wird durch den entsprechenden Ausschnitt des Fragebogens ergänzt. Auf diesem ist anhand der Anzahl der Personen ersichtlich, wie die Verteilung der Antworten erfolgte. Am Schluss werden die drei offenen Fragen beschrieben und in Textform beantwortet. Die Antworten sind, wenn möglich, in Hauptkategorien unterteilt und mit Zitaten illustriert.</p> <p>Diskussion/Interpretation: Ein Diskussionsteil wurde von den Forscherinnen nicht erstellt.</p>	<p>Implikationen: Implikationen für die Praxis wurden nicht erstellt.</p> <p>Bezug zur eigenen Fragestellung: Obwohl die Studie diverse Mängel aufweist, passt die Fragestellung zum Thema der Bachelorarbeit. Die Resultate sind sehr reichhaltig und werden in anderen Studien oftmals zitiert. Da nicht erwähnt wurde, wie gross der Anteil der Partner/innen ist, konnte nicht überprüft werden, ob die Studie die Einschlusskriterien erfüllt. Trotzdem wurde sie in die Bearbeitung eingeschlossen, da</p>

<p>einer Streuung von 2 bis 34 Jahren. 57% der pflegenden Angehörigen sind berufstätig.</p> <p>Beurteilung Die Stichproben-grösse wirkt angemessen für das Design der Studie. Es fehlen aber genauere Angaben dazu, wie die Angehörigen mit den Betroffenen in Beziehung stehen. Ansonsten sind die Teilnehmer sehr ausführlich beschrieben. Als eine der wenigen Studien nimmt diese Bezug auf Kinder im Haushalt, welche eine tragende Rolle spielen können.</p>	<p>Design: Die Forscherinnen wählten für ihre Studie nach eigenen Angaben ein nicht-experimentelles deskriptives Design.</p> <p>Beurteilung Der Zweck der Studie wird klar formuliert und die Relevanz anhand der Einleitung detailliert erläutert. Die Aufteilung in vier Forschungsfragen wird erst im Resultateteil ersichtlich. Das gewählte Design erscheint für die Fragestellung passend, da noch wenig Forschung zu diesem Thema vorhanden ist.</p>	<p>Auswahl, von 1 (strongly disagree) bis 5 (strongly agree) reicht. Am Ende des Fragebogens werden drei offene Fragen gestellt. Zur Überprüfung der Validität wurde das Instrument im Vorfeld an zwei pflegende Angehörige geschickt und ihr Feedback entgegengenommen.</p> <p>Beurteilung Der Vorgang der Datenerhebung ist klar beschrieben. Aufgrund der Vorgaben sind die Antwortmöglichkeiten sehr eingegrenzt und lassen wenig Spielraum für andere Aspekte. Die drei offenen Fragen ermöglichten den Probanden und Probandinnen sich ausführlicher auszudrücken.</p>		<p>Beurteilung Das Phänomen wird anhand der Resultate verständlich beschrieben. Texte und Tabellen stimmen überein. Die Aufteilung auf die vier Forschungsfragen schafft Übersichtlichkeit. Die drei offenen Fragen sind etwas spärlich beschrieben. Mit der Diskussion fehlt ein wichtiger Teil zur Interpretation der Ergebnisse. Die Bedeutung für die Pflege wird somit nicht ersichtlich. Vereinzelt werden die Resultate in Bezug mit bereits vorhandener Literatur gesetzt. Limitationen werden ebenfalls nicht diskutiert, sie lassen sich einzig anhand der Empfehlungen für die zukünftige Forschung erahnen.</p>	<p>die Forscherinnen Partnerschaften als häufigste Beziehungsform erwähnen.</p> <p>Beurteilung In der Studie von Sato et al. (1996) fehlt der Praxisbezug komplett. Es sind auch keine Schlussfolgerungen ersichtlich. Die Methodik wird ungenügend beschrieben.</p> <p>Evidenzlevel nach Stetler et al. (1998): Level IV</p>
---	---	---	--	--	--